

UiO : **Det juridiske fakultet**

# En fremstilling og vurdering av pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4As virkeområde.

Med hovedvekt på rettssikkerheten til pasienter med senil demens.

Kandidatnummer: 627

Leveringsfrist: 25.11.14

Antall ord: 17 027



# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>INNLEDNING .....</b>	<b>1</b>
1.1	Om temaet .....	1
1.2	Rettskilder og metode.....	4
1.3	Sentrale begreper og prinsipper.....	6
1.3.1	Senil demens .....	6
1.3.2	Legalitetsprinsippet.....	6
1.3.3	Rettsikkerhet.....	8
1.4	Veien videre .....	8
<b>2</b>	<b>MOTSTANDSKRAVET I PASIENT- OG BRUKERRETTIGHETSLOVEN § 4A-2 FØRSTE LEDD.....</b>	<b>9</b>
2.1	Bakgrunn og hensyn – pasienter uten samtykkekompetanse .....	9
2.2	Pasienter som ”motsetter seg” helsehjelp – et subjektivt motstandskrav.....	11
2.3	Problemer knyttet til det å anvende et subjektivt motstandskrav overfor pasienter med senil demens.....	13
2.3.1	Pasienter som må sies å motsette seg helsehjelp basert på en forventning om motstand.....	13
2.3.2	Krav om ”motstandsintensjon”? .....	21
<b>3</b>	<b>AVGRENSNINGEN MOT ”PSYKISK LIDELSE” I PASIENT- OG BRUKERRETTIGHETSLOVEN § 4A-2 ANDRE LEDD.....</b>	<b>24</b>
3.1	Bakgrunn og hensyn.....	24
3.2	Pasienter med atferdsmessige symptomer ved demens.....	26
3.2.1	Psykiske symptomer ved demens .....	26
3.2.2	Atferdsmessige symptomer ved demens.....	27
3.3	Problemer knyttet til avgrensningen mot undersøkelse og behandling av ”psykisk lidelse” .....	29
3.3.1	Behandling av atferdsmessige symptomer ved demens.....	29
3.3.2	Somatisk helsehjelp til pasient med psykisk lidelse .....	32
3.3.3	Forholdet til psykisk helsevernloven .....	35
<b>4</b>	<b>NÅR DET SUBJEKTIVE MOTSTANDSKRAVET OG AVGRENSNINGEN MOT ”PSYKISK LIDELSE” MØTES .....</b>	<b>38</b>
<b>5</b>	<b>OPPSUMMERING OG RETTSPOLITISKE VURDERINGER.....</b>	<b>41</b>
5.1	Det subjektive motstandskravet.....	41

5.2	Undersøkelse og behandling av psykiske lidelser .....	43
<b>6</b>	<b>LITTERATURLISTE.....</b>	<b>46</b>
6.1	Lovgivning .....	46
6.1.1	Norske lover .....	46
6.1.2	Utenlandske lover .....	46
6.1.3	Traktater .....	46
6.2	Offentlige dokumenter .....	47
6.3	Rettspraksis .....	50
6.3.1	Nasjonal rettspraksis .....	50
6.3.2	Internasjonal rettspraksis.....	50
6.4	Litteratur og øvrige kilder .....	51

# 1 Innledning

## 1.1 Om temaet

Tema for denne avhandlingen er pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl.) kapittel 4As virkeområde, nærmere bestemt pbrl. § 4A-2, med hovedvekt på rettssikkerheten til pasienter med senil demens. Pbrl. kap. 4A kommer til anvendelse når ”helsepersonell yter helsehjelp til pasienter over 16 år som mangler samtykkekompetanse, jf. kapittel 4, og som motsetter seg helsehjelpen”, jf. pbrl. § 4A-2 første ledd. Det gjøres imidlertid unntak for helsehjelp som innebærer ”undersøkelse og behandling av psykisk lidelse”, som bare kan skje med hjemmel i psykisk helsevernloven, jf. pbrl. § 4A-2 andre ledd.

Hovedformålet med vedtakelsen av pbrl. kap. 4A var å bedre og sikre rettssikkerheten til pasienter uten samtykkekompetanse.<sup>1</sup> Før regelverket trådte i kraft var det kun reglene om øyeblikkelig hjelp i helsepersonelloven § 7, samt reglene om nødrett og nødverge i straffeloven §§ 47 og 48, som kunne gi lovhjemmel for å gi tvungen somatisk helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse. Som jeg kommer tilbake til nedenfor, avdekket både empiriske undersøkelser og tilsynserfaringer fra begynnelsen av 2000-tallet, en rekke utfordringer ved denne rettstilstanden.

Forut for vedtakelsen av pbrl. kap. 4A var det imidlertid omfattende politiske debatter om en slik legalisering av tvangsbruk ville være fordelaktig for pasientenes rettssikkerhet. Til tross for lovfesting av en rekke rettssikkerhetsgarantier, tok flere til orde for at regelverket ville kunne legitimere en uheldig praksis, og dermed øke tvangsbruken i landets helseinstitusjoner. Blant annet Den norske legeforening ga uttrykk for en slik skepsis i en høringsuttalelse fra 2002, hvor de fremhever at de ”er alvorlig bekymret for at en lovgivning som forespeilet i utkastet, på et tidspunkt hvor det er stor ressursmangel i kommunene, vil kunne medføre en de jure eller de facto legalisering av bruken av tvang, i strid med intensjonen av lovforslaget”.<sup>2</sup> For å understreke at tvangstiltak ikke skal benyttes i større utstrekning enn det som er nødvendig og forsvarlig, fremgår det uttrykkelig av lovens formålsbestemmelse at formålet med reglene, ved siden av å yte nødvendig helsehjelp, er å forebygge og begrense bruk av tvang, jf. pbrl. § 4A-1 første ledd.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) s. 5, Innst.O. nr. 11 (2006-2007) kap. 3.2

<sup>2</sup> Den norske legeforening (2002)

<sup>3</sup> Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) s. 29

Til grunn for vedtakelsen av pbrl. kap. 4A lå også en empirisk undersøkelse utført av Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, samt erfaringer fra et landsomfattende tilsyn utført av landets fylkesmenn på vegne av Statens helsetilsyn.<sup>4</sup> Både kompetansesenterets rapport og den endelige oppsummeringsrapporten fra Helsetilsynet, som begge ble utgitt i 2002, konkluderer med at helsetjenesten i relativt stor utstrekning benytter seg av tvangstiltak uten rettslig grunnlag. Avslutningsvis fremhevet Helsetilsynet at ”mange kommuner har liten oversikt bruk av rettighetsinnskrenkninger og bruk av tvang og mangler dermed styring med hvorvidt de klarer å ivareta grunnleggende rettssikkerhetsverdier for aldersdemente brukere”.<sup>5</sup> Når alternativet til rettslig regulering er uhjemlet bruk av tvang, blir spørsmålet ikke *om* det trengs særlige inngrepshjemler, men *hvordan* disse bør utformes.<sup>6</sup>

Pbrl. kap. 4A trådte i kraft den 1. januar 2009. Av de årlige tilsynsmeldingene fra Statens helsetilsyn fremgår det hvor mange vedtak det blir fattet årlig på landsbasis.<sup>7</sup> Tabellen nedenfor viser antall vedtak fattet fra og med 2009 til og med 2013.<sup>8</sup>

År	2009	2010	2011	2012	2013
Antall vedtak	1687	2075	2367	2715	3162

Vi ser her at det har vært en jevn stigning i antall fattede vedtak, og at antallet nesten har doblet seg fra 2009 til 2013. Selv om denne økningen kan tyde på at tvangsbruken i norske helseinstitusjoner har økt siden regelverket trådte i kraft, kan den også gi uttrykk for en økt bevissthet knyttet til bruk av tvang blant landets helsepersonell og i helsetjenesten som sådan. At det skjer en økning i antall fattede vedtak de første årene etter at ett nytt regelverk er trådt i kraft, er naturlig. Det vil imidlertid være viktig å følge med på utviklingen i årene som kommer. En fortsatt jevn stigning kan tyde på at regelverket virker i strid med sitt formål om å forebygge og begrense bruk av tvang.

I 2011 og 2012 ble det igjen utført landsomfattende tilsyn i regi av Statens helsetilsyn. Tema for dette tilsynet var tvungen helsehjelp etter pbrl. kap. 4A til pasienter i sykehjem, hvor det ble undersøkt om kommunene legger til rette for at pasienter som motsetter seg helsehjelp får nødvendig helsehjelp uten bruk av tvang, og om kommunene sørger for at helsehjelpen blir vurdert etter reglene i pbrl. kap. 4A.<sup>9</sup> Totalt ble det gjennomført tilsyn i 103 av landets kom-

<sup>4</sup> Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) punkt 4.3

<sup>5</sup> Helsetilsynet (2002) s. 13

<sup>6</sup> Østenstad (2011) s. 81

<sup>7</sup> Elektronisk tilgjengelige på Helsetilsynets nettsider

<sup>8</sup> Tall fra 2014 er først tilgjengelig i tilsynsmeldingen som publiseres i 2015

<sup>9</sup> Helsetilsynet (2013) s. 8

muner. 48 tilsyn ble gjennomført i 2011 og 55 i 2012. I 89 av kommunene ble det påvist brudd på reglene i pbrl. kap. 4A. Tilsynet avdekket ”utstakt bruk av tvang i strid med regelverket”, og Helsetilsynet fremhevet, blant annet, at helsepersonell var usikre på hvordan regelverket skulle anvendes.<sup>10</sup> Helsetilsynets konklusjon var at rettssikkerheten ikke var godt nok ivare tatt overfor sårbare pasienter i sykehjem, og fremhevet uttrykkelig at de ”ser svært alvorlig på at pasienter i sykehjem utsettes for tvang uten at helsepersonell har vurdert om forutsetninger for å bruke tvang er til stede, og uten at vedtak er fattet”.<sup>11</sup>

Også en nyere norsk studie, hvor 65 sykehjemsansatte ble intervjuet i fokusgrupper, viser at ulike tvangstiltak benyttes i stor utstrekning, men at det fattes få vedtak etter pbrl. kap. 4A. Det konkluderes i denne studien med at det er ”stort rom for feiltolkninger” av regelverket, og at det er grunn til å diskutere om pbrl. kap. 4A er for ”detaljert og finmasket på et område med stor variasjon og mange gråsoner (...)”.<sup>12</sup>

Selv om det kvantitativt fattes flere og flere vedtak etter pbrl. kap. 4A på landsbasis, kan det, etter dette, reises spørsmål om regelverket kvalitativt er utformet på en måte som er egnet til å bedre og sikre rettssikkerheten til pasienter uten samtykkekompetanse. Etter min mening må regelverket gjennomgås grundig, for å se om det kan gjøres grep og endringer slik at flere pasienter med stort rettsvernbehov får nyte godt av de rettssikkerhetsgarantier som oppstilles i pbrl. kap. 4A. En grundig gjennomgang og drøfting av hele pbrl. kap. 4A vil imidlertid sprengte de formelle rammene for denne avhandlingen. Jeg har derfor valgt å avgrense meg til regelverkets virkeområde, ettersom dette er ”inngangsporten” og dermed et naturlig startpunkt for en vurdering av regelverket. Jeg har også valgt denne avgrensningen fordi en forutsetning for at pasientens rettssikkerhet skal kunne bedres og sikres, er at regelverket faktisk kommer til anvendelse overfor de med størst behov for rettsvern. Som jeg kommer tilbake til senere, er det i den juridiske litteratur skrevet forholdsvis lite om de ulike problemstillinger som oppstår knyttet til regelverkets virkeområde. Formålet med denne avhandlingen er å belyse noen særlig aktuelle problemstillinger, samt å komme med forslag til endringer i gjeldende regelverk.

Det er vanlig å si at pbrl. kap. 4A gjelder ”diagnoseuavhengig”.<sup>13</sup> Jeg har imidlertid valgt å rette fokus mot pasienter med senil demens. Det er flere grunner til dette. For det første, fordi dette er en gruppe pasienter hvis sykdomsbilde er godt egnet til å illustrere utfordringene ved regelverket. Både motstandskravet i pbrl. § 4A-2 første ledd, og avgrensningen mot undersøkelse og behandling av ”psykisk lidelse” i bestemmelsens andre ledd, kan by på problemer

---

<sup>10</sup> Helsetilsynet (2013) s. 5

<sup>11</sup> Helsetilsynet (2013) s. 17

<sup>12</sup> Pedersen (2013)

<sup>13</sup> Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) kap. 4.6.3.2

ettersom en demenssykdom kan medføre kraftig nedsatt kognitiv og fysisk funksjonsevne, samt atferdsmessige og psykiske symptomer.

For det andre, fordi det kan hevdes at demenspasienter på mange måter er en ”glemt pasientgruppe”. For eksempel er det for personer med psykisk utviklingshemning og for psykisk syke, utarbeidet omfattende rettssikkerhetsgarantier i forbindelse med bruk av tvang i henholdsvis helse- og omsorgstjenesteloven og psykisk helsevernloven. Disse pasientene omfattes imidlertid også av pbrl. kap. 4A som gjelder diagnoseuavhengig.

For det tredje, fordi senil demens ofte betegnes som ”den nye folkesykdommen”.<sup>14</sup> I Norge i dag antas det at ca. 70 000 personer lider av demens. Samtidig er det forventet en kraftig økning av demensrammede de nærmeste årene.<sup>15</sup> Det synes derfor særlig aktuelt å rette fokus mot rettssikkerheten til pasienter med senil demens.

## **1.2 Rettskilder og metode**

Utgangspunkt for alle rettslige vurderinger er lovens ordlyd. Dette er innlysende ettersom avhandlingens tema er bruk av tvang overfor en særlig sårbar gruppe av befolkningen, og vi dermed er i kjernen av legalitetsprinsippet.<sup>16</sup> Det er selvsagt pasient- og brukerrettighetsloven som i all hovedsak blir behandlet, men også psykisk helsevernloven (phlvt.) trekkes inn i ulike sammenhenger.

Pasient- og brukerrettighetslovens forarbeider er også en sentral rettskilde ved vurderingen av de ulike problemstillinger som oppstilles i avhandlingen. Særlig Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) Om lov om endringer i pasientrettslova og biobanklova inneholder relevante argumenter, men også Ot.prp. nr. 65 (2005-2006) Om lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven er sentral i forhold til flere av problemstillingene som reises i det følgende. Begge disse proposisjonene gir grundig og omfattende omtale både til de respektive regelverks bakenforliggende formål og til forståelsen av lovenes enkelte bestemmelser. Det vil også bli vist til Helse- og omsorgskomiteens innstilling, Innst.O. nr. 11 (2006-2007), i enkelte sammenhenger, men denne baserer seg i stor utstrekning på det som fremgår av Ot.prp. nr. 64 (2005-2006).

Det er svært lite Høyesterettspraksis på området. Dette må antas å ha en sammenheng med at regelverket er forholdsvis nytt. Riktignok er det avsagt noen avgjørelser i tingretten og lag-

---

<sup>14</sup> Henningstad (2013)

<sup>15</sup> Strand (2014)

<sup>16</sup> Se punkt 1.3.2

mannsretten, men heller ikke disse har spesiell relevans for de problemstillinger som behandles i avhandlingen. Den mye omtalte ”Huleboerdommen” inntatt i Rettstidende 2010 side 612, vil imidlertid bli kort behandlet i forbindelse med redegjørelsen for legalitetsprinsippet i punkt 1.3.2. Også Høyesteretts avgjørelse inntatt i Rettstidende 1987 side 1495, er relevant når det gjelder forholdet mellom pbrl. kap. 4A og phvl. kap. 3.<sup>17</sup>

Enkelte avgjørelser fra Den europeiske menneskerettsdomstol (EMD) vil også være av sentral betydning i forbindelse med spørsmål knyttet til forholdet mellom pbrl. kap. 4A og Den europeiske menneskerettskonvensjon (EMK) artikkel 8.<sup>18</sup>

Som nevnt innledningsvis er det, i forbindelse med de problemstillinger som reises i denne avhandlingen, skrevet forholdsvis lite i den juridiske litteratur. Det er derfor særlig Bjørn Henning Østenstads ”Heimelsspørsmål i behandling og omsorg overfor psykisk utviklingshemma og aldersdemente – rettslige og etiske problemstillinger ved bruk av tvang og inngrep utan gyldig samtykke”, og Aslak Syses ”Pasientrettighetsloven med kommentarer” det blir vist til. Spesielt er det Østenstads bok som er sentral, ettersom denne går mye mer i ”dybden” enn den øvrige litteraturen.

Det vil også bli vist til uttalelser fra Helsedirektoratet i enkelte sammenhenger. Særlig Helsedirektoratets rundskriv IS-10/2008 er sentralt, men også enkelte fortolkningsuttalelser i brev til fylkesmennene er av interesse. Det er imidlertid viktig å være klar over at det er uenighet i den norske rettskildeteori om forvaltningens rettsoppfatninger, i det hele tatt, kan ha noen rettskildebetydning.<sup>19</sup> Selv om rettskildebetydningen er usikker, er det klart at forvaltningens rettsoppfatninger, herunder rundskriv og fortolkningsuttalelser, i enkelte sammenhenger tillegges stor vekt i forvaltningens praksis.<sup>20</sup> På grunn av uenigheten og usikkerheten knyttet til rettskildebetydningen, vil jeg understreke at jeg anvender Helsedirektoratets rettsoppfatninger som opplysningsfaktor, og ikke som rettskildefaktor, i mine rettslige vurderinger.

Alt i alt er det foreliggende rettskildematerialet nokså ”magert”. En viktig rettskildefaktor blir dermed også såkalte ”reelle hensyn”. Som nevnt innledningsvis, var hovedformålet med vedtakelsen av pbrl. kap. 4A å bedre og sikre rettssikkerheten til pasienter uten samtykkekompetanse. Forut for vedtakelsen av regelverket var det imidlertid politisk uenighet om regelverket ville legitimere eller begrense tvangsbruken i norske helseinstitusjoner. Av denne grunn fremgår det uttrykkelig av lovens § 4A-1 første ledd, at et av formålene med regelverket er å

---

<sup>17</sup> Punkt 3.3.3

<sup>18</sup> Punkt 2.3.1.1

<sup>19</sup> Boe (2012) kap. 16

<sup>20</sup> Eckhoff (2001) kap. 9 V



begrense bruken av tvang. Formålsbetraktninger, herunder særlig hensynet til pasientens rettsikkerhet, vil derfor utgjøre et viktig argument i de ulike problemstillinger som oppstilles i avhandlingen. Også hensynet til den enkeltes selvbestemmelsesrett, verdighet og behov for nødvendig helsehjelp vil måtte tillegges betydelig vekt i ulike sammenhenger.

### **1.3 Sentrale begreper og prinsipper**

#### **1.3.1 Senil demens**

Demens er en fellesbetegnelse på et syndrom som kan være forårsaket av ulike organiske sykdommer, og som er kjennetegnet ved en kronisk og irreversibel kognitiv svikt, redusert hukommelse, sviktende evner til å utføre dagligdagse aktiviteter og endret sosial atferd.<sup>21</sup> En demenssykdom kan altså ha ulike årsaker. Det er imidlertid vanlig å forbinde demens med aldring. Begrepet ”aldersdemens” er derfor vanlig i Norge, og omfatter alle demenssykdommer, uansett årsak og type, som oppstår i høy alder.<sup>22</sup>

Betegnelsen ”senil” betyr rett og slett ”gammel”, og begrepene ”senil demens” og ”aldersdemens” kan dermed brukes om hverandre.<sup>23</sup> Jeg har valgt å bruke ”senil demens” eller bare ”demens”, i denne avhandlingen. Aldersdemens/senil demens kan defineres slik: ”En ervervet hjerneorganisk sykdom hos en eldre person. Sykdommen kjennetegnes ved svekket mental kapasitet og medfører svikt i psykologiske prosesser som hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenkning og kommunikasjon. Den kognitive svikten fører til sviktende evne til å klare dagliglivets aktiviteter. Endret atferd er vanlig. Tilstanden er kronisk, kan ikke kureres og forverrer seg ofte over tid”.<sup>24</sup>

#### **1.3.2 Legalitetsprinsippet**

Det norske rettssystemet bygger på det såkalte ”folkesuverenitetsprinsippet”, det vil si at folket selv skal gi seg sine lover, jf. Grunnloven § 49. I praksis skjer dette i all hovedsak gjennom vedtak av folkerepresentasjonen, det vil si av Stortinget. I Norge følger det av ”omfattende og lang rettspraksis” at enkelte tiltak, på grunn av sitt innhold, bare kan bestemmes i eller med hjemmel i formell lov. Dette generelle kompetansekravet for rettslige disposisjoner kaller vi ”legalitetsprinsippet”.<sup>25</sup>

---

<sup>21</sup> Engedal (2009) s. 17

<sup>22</sup> Engedal (2009) s. 19

<sup>23</sup> Engedal (2009) s. 19

<sup>24</sup> Engedal (2009) s. 20

<sup>25</sup> Eckhoff (2010) s. 361

Den tradisjonelle formuleringen av legalitetsprinsippet er at alle inngrep i borgernes rettsforhold trenger hjemmel i lov. I den juridiske teorien har det imidlertid blitt argumentert for at denne tradisjonelle formuleringen er for snever, og at spørsmålet om hvem det kan bestemmes over uten hjemmel i lov, avhenger av om man har annet rettsgrunnlag for å bestemme over vedkommende eller ikke.<sup>26</sup>

I Rt. 2010 s. 612 (Huleboerdommen) konkluderte Høyesteretts flertall med at tvungen helsehjelp kan gis uten hjemmel i lov. Hjemmel for tvangsutøvelse ble her funnet i den ulovfestede forvaltningsrettslige vilkårlæren, hvor Høyesterett uttaler: ”(...) ettersom det nærmere innholdet i tjenestetilbudet i stor grad beror på et såkalt fritt skjønn, stenger denne retten [selvbestemmelsesretten] ikke for at det stilles vilkår, herunder vilkår med tvangselementer”.<sup>27</sup>

Huleboerdommen ble imidlertid avsagt under dissens, tre mot to, og har vært gjenstand for omfattende kritikk i den juridiske teorien.<sup>28</sup> Faktum i Huleboerdommen var også meget spesielt. Det må dermed fortsatt kunne legges til grunn at tvungen helsehjelp, som hovedregel, krever hjemmel i lov. Dette støttes også av Kjønsstad og Syse som fremhever at det ”for integritetskrenkende inngrep stilles krav om en klar og utvetydig lovhjemmel. Felles for alle *kontrollregler* som hjemler tvangsinngrep av hensyn til samfunnsvernet, er at de begrenser individets grunnleggende – og rettsbeskyttende – friheter, og de tilsidesetter individenes selvbestemmelsesrett og integritetsvern. Vi er da i kjerneområdet for legalitetsprinsippet. Bare avgjørelser fattet med hjemmel i klare lovbestemmelser kan gripe så dypt inn i individenes rettsfære (...)”.<sup>29</sup>

Også EMK oppstiller krav om at ulike offentlige inngrep må ha hjemmel i ”lov”, se særlig artiklene 2, 4, 5 og 8 – 11.<sup>30</sup> Formuleringen av lovskravet varierer noe fra artikkel til artikkel, men EMD har slått fast at uttrykkene skal tolkes likt, jf. *Malone v. The United Kingdom*. Konvensjonens lovbegrep er autonomt, og vårt nasjonale lovkrav, som krever hjemmel i formell lov ved offentlige inngrep, synes å være strengere enn konvensjonens – som anerkjenner nasjonal formell lov, ulovfestet rett, internasjonal rett og alminnelige rettsprinsipper som likeverdige. Dette har sammenheng med at konvensjonsstatenes rettstradisjoner varierer, og for eksempel det britiske rettssystem er i stor utstrekning basert på ulovfestet rett.<sup>31</sup>

---

<sup>26</sup> Eckhoff (2010) s. 368

<sup>27</sup> Rt. 2010 s. 612 avsnitt 31

<sup>28</sup> Se blant annet Andersen (2011)

<sup>29</sup> Kjønsstad (2012) s. 482

<sup>30</sup> Aall (2011) s. 103

<sup>31</sup> Aall (2011) kap. 7

### 1.3.3 Rettssikkerhet

Begrepet ”rettssikkerhet” brukes på ulike måter. De som krever rettssikkerhet i forvaltningen sikter imidlertid som regel til ”beskyttelse mot overgrep og vilkårlighet fra myndighetenes side, til mulighet for å forutberegne sin rettsstilling og til å forsvare sine rettslige interesser. Ofte tar de også med hensyn til likhet og rettferdighet”.<sup>32</sup>

Krav om rettssikkerhet knytter seg ofte til utøvelsen av offentlig myndighet, herunder krav til forvaltningens saksbehandling og lovanvendelse. I denne avhandlingen legges imidlertid en noe videre betydning av rettssikkerhetsbegrepet til grunn. Som fremhevet av mindretallet i den nevnte Huleboerdommen, gir pbrl. kap. 4A ”relativt omfattende rettssikkerhetsgarantier for pasientene” i form av ”formkrav og kontrollregler for utøvelse av tvang”.<sup>33</sup> En forutsetning for at pasienter skal nyte godt av de rettssikkerhetsgarantier som er oppstilt i pbrl. kap. 4A, er imidlertid at regelverket er utformet på en måte som gjør at det faktisk kommer til anvendelse. En viktig side av rettssikkerhetskravet er dermed et krav til Stortinget som lovgiver om at tvangsregler må gis et klart og tydelig virkeområde, slik at de pasienter som har størst rettsvernbehov omfattes av regelverket.

## 1.4 Veien videre

I avhandlingens del 2 og 3, vil jeg redegjøre for og vurdere motstandskravet i pbrl. § 4A-2 første ledd og avgrensningen mot undersøkelse og behandling av ”psykisk lidelse” i bestemmelsens andre ledd, herunder belyse noen særlig aktuelle problemstillinger som kan tenkes å oppstå når bestemmelsen anvendes i praksis. Avslutningsvis i del 4 vil jeg kort behandle en praktisk viktig problemstilling som reiser seg når motstandskravet kombineres med avgrensningen mot psykisk helsehjelp. Helt til slutt, i avhandlingens del 5, vil jeg samle trådene og komme med noen rettspolitiske betraktninger.

---

<sup>32</sup> Eckhoff (2010) s. 58

<sup>33</sup> Rt. 2010 s. 612 avsnitt 52

## **2 Motstandskravet i pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-2 første ledd**

### **2.1 Bakgrunn og hensyn – pasienter uten samtykkekompetanse**

Norsk rett bygger på et overordnet prinsipp om at alle individer, i utgangspunktet, har full bestemmelsesrett i forhold til sin frihet, sin helse og sitt liv, uavhengig av samfunnstilknytning og sosial sammenheng.<sup>34</sup> Denne selvbestemmelsesretten kan sies å være utledet av det ulovfestede legalitetsprinsippet.<sup>35</sup> Utgangspunkt og hovedregel i Norge er derfor at helsehjelp bare kan gis med den aktuelle pasientens samtykke, jf. pbrl. § 4-1 første ledd første punktum. Dette rettslige kravet om samtykke kan imidlertid også begrunnes ut ifra andre hensyn enn rent etiske. Helsefaglige hensyn tilsier også at samtykke fra den aktuelle pasienten bør være en forutsetning for at helsehjelp kan gis, ettersom dette bidrar til større pasientdeltakelse, som igjen bidrar til at gjennomføringen av helsehjelpen blir vellykket.<sup>36</sup>

Et viktig ”rettsperspektiv” er imidlertid også den enkeltes rett til forsvarlig og nødvendig helsehjelp i situasjoner hvor vedkommende selv ikke er i stand til å vurdere om han/hun ønsker å motta denne.<sup>37</sup> Ifølge pbrl. § 4-1 første ledd andre punktum, kan det derfor gjøres unntak fra hovedregelen om samtykke, dersom det finnes lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke.

Når det gjelder pasienter med senil demens, gir kognitiv svikt dårlige forutsetninger for å kunne ta stilling til, og dermed samtykke til, ulike former for helsehjelp. En pasients evne til å treffe avgjørelser vedrørende helsehjelp kan imidlertid variere etter hva slags tiltak som skal iverksettes.<sup>38</sup> I pbrl. § 4-3 andre ledd er det derfor slått fast at en pasients samtykkekompetanse kan bortfalle helt eller delvis – det vil si at den kan bortfalle for enkelte felter, men ikke automatisk for alle områder. Det må her foretas en konkret vurdering av på hvilke områder det er utilrådelig at pasienten har kompetanse til å samtykke.<sup>39</sup>

Videre følger det av pbrl. § 4-3 andre ledd, at den aktuelle pasienten bare kan bli fratatt sin kompetanse til å samtykke til en bestemt type helsehjelp, når vedkommende ”åpenbart ikke” er i stand til å forstå hva et slikt samtykke omfatter; det vil si begrunnelsen for at helsehjelpen

---

<sup>34</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) s. 77

<sup>35</sup> Syse (2013) s. 286

<sup>36</sup> Syse (2013) s. 306

<sup>37</sup> Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) s. 20

<sup>38</sup> Helsedirektoratets rundskriv IS-12/2004 s. 32

<sup>39</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) s. 133

blir gitt, tiltakets art og de nærmere implikasjoner av helsehjelpen.<sup>40</sup> Ordlyden ”åpenbart ikke”, tilsier at terskelen for at en pasients samtykkekompetanse skal bortfalle, ligger høyt. Dette støttes også av lovens forarbeider som fremhever at det ”skal en del til” for at en pasients samtykkekompetanse skal bortfalle, og at ”en mindre psykisk reduksjon i forstandsevnen, herunder lettere alderdomssvekkelse, er ikke tilstrekkelig”.<sup>41</sup>

Dersom helsepersonell er i tvil om pasienten mangler samtykkekompetanse, skal det legges til grunn at vedkommende innehar evnen til å samtykke til, eller eventuelt nekte å motta, den aktuelle helsehjelpen.<sup>42</sup> I tilfeller hvor pasienten utvilsomt mangler samtykkekompetanse er det, som hovedregel, helsepersonell som er ansvarlig for helsehjelpen som, alene eller i samarbeid med annet kvalifisert helsepersonell, tar avgjørelser om helsehjelp på vegne av pasienten, jf. pbrl. § 4-6. Tidligere var det en rekke uklarheter knyttet til forståelsen av pbrl. § 4-6, herunder om bestemmelsens andre ledd egentlig var basert på et representert samtykke fra pasientens nærmeste pårørende, eller om avgjørelsesmyndigheten var tillagt helsepersonell. Etter en lovendring i 2006, som trådte i kraft 1. mai 2008, er det nå klart at avgjørelsesmyndigheten ligger hos helsepersonell når den aktuelle pasienten ikke har samtykkekompetanse.<sup>43</sup>

En forutsetning for at pbrl. § 4-6 skal komme til anvendelse er imidlertid at det må antas at pasienten ville ha samtykket til den aktuelle helsehjelpen, dersom vedkommende hadde vært samtykkekompetent. Dette fremgår uttrykkelig av bestemmelsens andre ledd, men gjelder også for avgjørelser etter første ledd, selv om dette ikke er ”lett å tolke inn i selve lovteksten”.<sup>44</sup> I lovens forarbeider er det nemlig uttrykkelig fremhevet at også pbrl. § 4-6 første ledd inneholder et krav om antatt/presumert samtykke.<sup>45</sup> I tilfeller hvor pasienten ”motsetter seg” helsehjelpen, kan ikke denne gis med mindre annet følger av særlige lovbestemmelser, jf. pbrl. § 4-6 siste ledd. Slike særlige lovbestemmelser finnes i pbrl. kap. 4A, jf. lovens § 4A-2 første ledd.

Det er svært inngripende i autonomien til en pasient å gi helsehjelp vedkommende selv ikke vil ha. Undertiden forstår imidlertid ikke pasienten konsekvensene av å motsette seg helsehjelpen, som fører til at helsepersonell står overfor valget mellom omsorgssvikt eller bruk av

---

<sup>40</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) s. 133

<sup>41</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) s. 133

<sup>42</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) s. 133

<sup>43</sup> Syse (2013) s. 320

<sup>44</sup> Syse (2013) s. 334

<sup>45</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) s. 134

tvang.<sup>46</sup> Pbrl. kap. 4A gir, med andre ord, hjemmel for å gi nødvendig helsehjelp til pasienter som ikke forstår sitt eget beste.<sup>47</sup>

Det skal imidlertid fortsatt tas hensyn til pasientens autonomi og selvbestemmelsesrett, jf. pbrl. § 4A-1 andre ledd. Dette er også uttrykkelig fremhevet i lovens forarbeider, hvor det fremgår at ”(...) pasientar i størst mogeleg grad skal få den helsehjelpa dei presumptivt ville ha takka ja til dersom dei evna å samtykkje til henne”.<sup>48</sup> Det er i denne sammenheng viktig å være klar over at også personer som mangler samtykkekompetanse kan ha rimelige motforestillinger mot helsehjelp. Den aktuelle pasienten kan, også før vedkommende mistet sin samtykkekompetanse, ha uttrykt klare motforestillinger mot, for eksempel, å ta smertestillende medisiner.<sup>49</sup> I slike situasjoner må helsepersonell gjøre en nærmere vurdering av om den aktuelle helsehjelpen skal gis, hvor det særlig må legges vekt på graden av motstand pasienten utviser, samt om det kan forventes at vedkommende i nær fremtid vil kunne gjenvinne sin samtykkekompetanse, jf. pbrl. § 4A-3 siste ledd.<sup>50</sup> Av denne grunn skal det derfor også, ”der det er mulig”, innhentes informasjon fra pasientens nærmeste pårørende om hva vedkommende pasient ville ha ønsket, før det treffes vedtak om tvungen helsehjelp, jf. pbrl. § 4A-5 siste ledd.

## **2.2 Pasienter som ”motsetter seg” helsehjelp – et subjektivt motstandskrav**

I enkelte sammenhenger er det klart for helsepersonell at den aktuelle pasienten ”motsetter seg” helsehjelpen – for eksempel når vedkommende sier tydelig ifra om at han/hun ikke ønsker denne gjennomført, eller ved å fysisk forsøke å hindre helsepersonell i å gi helsehjelpen. I andre tilfeller kan det være vanskelig for helsepersonell å avgjøre om pasientens atferd er et uttrykk for at vedkommende ikke ønsker helsehjelpen gjennomført – for eksempel dersom pasienten kun ”rynker på nesen” når denne gis. Problemstillingen som da reiser seg er hva som skal kreves av en pasients atferd, for at vedkommende må sies å ”motsette seg” helsehjelp.

En selvsagt presisering er at pasienten selv må ha et ønske om ikke å motta den aktuelle helsehjelpen. Selv om dette ikke følger uttrykkelig av lovens forarbeider, er dette i flere sammenhenger underforstått. Blant annet når det, som nevnt tidligere, fremheves at det å gi helse-

---

<sup>46</sup> Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) kap. 4.1.3

<sup>47</sup> Warberg (2011) s. 354

<sup>48</sup> Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) s. 33

<sup>49</sup> Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) s. 41

<sup>50</sup> Syse (2013) s. 352

hjelp pasienten ikke vil ha, er svært inngripende i dennes autonomi.<sup>51</sup> Østenstad fremhever også at ”(...) motstand føreset ein subjektiv reaksjon i form av eit *negativt standpunkt*”.<sup>52</sup> Det er altså pasientens subjektive standpunkt til helsehjelpen som er avgjørende for om vedkommende motsetter seg denne.

At det er pasientens subjektive standpunkt til helsehjelpen som er avgjørende for om vedkommende motsetter seg denne, må innebære at det ikke er av betydning om pasienten, på grunn av sin kognitive svikt, misforstår arten og/eller omfanget av helsehjelpen. Om pasientens motstand mot helsehjelpen således er ”berettiget” eller ikke, kan dermed ikke være av betydning. En slik forståelse av motstandsbegrepet legges også til grunn av Østenstad, som fremhever at årsaken til at en pasient utviser motstand, ikke spiller noen rolle for *om* det foreligger motstand.<sup>53</sup>

Hvordan en pasient gir uttrykk for sitt ønske om ikke å motta helsehjelp, kan variere veldig fra pasient til pasient, og fra situasjon til situasjon. Måten pasienten velger å uttrykke sin motstand på vil ikke være avgjørende for om pbrl. kap. 4A kommer til anvendelse, og det er klart at både verbal og fysisk motstand omfattes av regelverket.<sup>54</sup> Om den enkelte pasient motsetter seg helsehjelpen vil dermed, i praksis, ofte være et spørsmål om å tolke pasientens reaksjoner – som igjen ofte krever at helsepersonell kjenner vedkommende godt.<sup>55</sup>

Enkelte pasienter med senil demens kan imidlertid ha omfattende problemer med å uttrykke seg både verbalt og fysisk. Ved for eksempel vaskulær demens, er vanlige symptomer taleforstyrrelser og lammelser.<sup>56</sup> Videre kan også Alzheimers sykdom føre til svikt i evnen til å bruke ord (afasi).<sup>57</sup> Ved vurderingen av om den aktuelle pasienten motsetter seg helsehjelpen må det derfor også tas hensyn til pasientens evne til å utvise motstand, og i tilfeller hvor helsepersonell er tvil, må det legges til grunn at vedkommende motsetter seg helsehjelpen.<sup>58</sup>

Vurderingen av om en pasient motsetter seg en bestemt type helsehjelp, vil etter dette bero på en konkret vurdering ut ifra pasientens tilstand og evne til å uttrykke motstand. Hva som skal

---

<sup>51</sup> Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) s. 20

<sup>52</sup> Østenstad (2011) s. 163

<sup>53</sup> Østenstad (2011) s. 167

<sup>54</sup> Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) s. 37

<sup>55</sup> Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) s. 37

<sup>56</sup> Felleskatalogen

<sup>57</sup> Store medisinske leksikon (2014)

<sup>58</sup> Helsedirektoratets rundskriv IS-10/2008 s. 28

kreves av en pasients atferd for at vedkommende må sies å ”motsette seg” helsehjelp, vil derfor variere fra pasient til pasient og fra situasjon til situasjon.

## **2.3 Problemer knyttet til det å anvende et subjektivt motstandskrav overfor pasienter med senil demens**

Det å operere med et subjektivt motstandskrav overfor pasienter med senil demens, kan tenkes å bli problematisk i praksis på grunn av selve demenssykdommen og dennes symptomer. I det følgende vil jeg derfor belyse noen særlige problemer som kan tenkes å oppstå i forhold til pasienter med kraftig nedsatt fysisk og/eller kognitiv funksjonsevne.

### **2.3.1 Pasienter som må sies å motsette seg helsehjelp basert på en forventning om motstand**

Det fremgår ikke uttrykkelig av loven, dennes forarbeider, eller av Helsedirektoratets rundskriv IS-10/2008, når den enkelte pasient må motsette seg helsehjelpen for at pbrl. kap. 4A skal komme til anvendelse. Ut i fra sammenhengen i regelverket må det imidlertid være klart at pasienten, som hovedregel, må motsette seg helsehjelpen på det tidspunkt denne skal gis.

Av ulike årsaker motsetter imidlertid ikke pasienten seg den aktuelle helsehjelpen på gjennomføringstidspunktet. Vi kan tenke oss pasienter som ikke ønsker å motta helsehjelp, men som i det ytre fremstår som likegyldige, og forholder seg fullstendig passive, når denne skal gis. For eksempel kan dette tenkes å skje i tilfeller hvor vedkommende pasient har ”gitt opp” og derfor ikke ser noe poeng i å uttrykke motstand mot helsehjelp som iverksettes, i tilfeller hvor vedkommende ikke tør å motsette seg de tiltak som iverksettes, eller hvor pasientens funksjonsevne har blitt så svekket at han/hun ikke lenger klarer å uttrykke seg verken verbalt eller fysisk.

Det må imidlertid understrekes at bruk av trusler eller andre skremselsmetoder for å få en pasient til å oppgi sin motstand mot helsehjelp, ikke under noen omstendigheter kan godtas, jf. kravet om forsvarlig helsehjelp i helsepersonelloven § 4. Bruk av trusler eller skremselsmetoder kan heller ikke sies å være i overensstemmelse med pbrl. § 4A-1 andre ledd, som krever at den aktuelle helsehjelpen skal ”tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet”. At slike metoder ikke kan godtas fremheves også av Helsedirektoratet: ”Trusler eller stemmebruk som er egnet til å skape frykt eller underkastelse, for eksempel slik at pasienten ikke våger å uttrykke sin motstand, er ikke faglig eller etisk forsvarlig og kan ikke anvendes for å gjennomføre helsehjelp som pasienten motsetter seg eller antas å ville motsette seg”.<sup>59</sup> Når det ovenfor nevnes pasienter som ikke tør motsette seg helsehjelp, siktes det således ikke til tilfeller hvor helsepersonell har opptrådt på en klanderverdig måte, men til tilfeller hvor pasientens frykt skyldes forvirring eller mer ”rasjonell” frykt som ”alle” kan oppleve når de skal gjennomgå ulike helsemessige undersøkelser/behandlinger.

---

<sup>59</sup> Helsedirektoratets rundskriv IS-10/2008 s. 34



Selv om det skal tas hensyn til pasientens evne til å utvise motstand i vurdering av om vedkommende motsetter seg helsehjelpen, og det skal legges til grunn at han/hun motsetter seg denne i tvilstilfeller, vil det i enkelte tilfeller være umulig for helsepersonell å legge til grunn at pasienten motsetter seg helsehjelp når vedkommende fremstår som likegyldig og forholder seg fullstendig passiv når denne skal gis.

Vi kan også tenke oss pasienter som forholder seg passive i forbindelse med gjennomføring av helsehjelp fordi de ikke har kognitive forutsetninger for å kunne ta stilling til denne, men hvor de ville motsatt seg denne dersom de hadde hatt samtykkekompetanse. Selv om pasienter, i størst mulig grad, skal få den helsehjelpen de presumptivt ville ha takket ja til, er det i enkelte tilfeller ikke mulig å vite hva vedkommende pasient ville ha ønsket dersom han/hun ikke hadde vært kognitivt svekket – for eksempel i tilfeller hvor det, først etter at vedkommende pasient ble dement, oppstår behov for behandling med medikamenter beheftet med fare for alvorlige bivirkninger.

Oppsummert kan det slutes at pasienter med senil demens, i enkelte tilfeller og på grunn av ulike demenssymptomer, ikke motsetter seg helsehjelp selv om de ikke ønsker å motta denne. Det virker imidlertid urimelig å la slike tilfeller falle utenfor rettssikkerhetsgarantiene i pbrl. kap. 4A. En sentral problemstilling er dermed om det kan legges til grunn at den aktuelle pasienten motsetter seg helsehjelp, basert på en forventning om motstand.

Av lovens forarbeider fremgår det uttrykkelig at også antesipert eller forventet motstand omfattes av pbrl. kap. 4As virkeområde, jf. lovens § 4A-3 andre ledd.<sup>60</sup> Pbrl. § 4A-3 andre ledd lyder: ”Opprettholder pasienten sin motstand, *eller vet helsepersonellet at vedkommende med stor sannsynlighet vil opprettholde sin motstand*, kan det treffes vedtak om tvungen helsehjelp (...)”. (Min kursivering).

En språklig tolkning av bestemmelsens ordlyd tilsier at dersom pasienten tidligere har utvist motstand mot helsehjelpen, kan forventet motstand likestilles med motstand som uttrykkes når helsehjelpen gis. Ut ifra sammenhengen i regelverket må det videre være klart at pasientens tidligere motstand må ha knyttet seg til den samme helsehjelpen som nå skal iverksettes.

At ikke en hvilken som helst tidligere utvist motstand omfattes av bestemmelsen, er imidlertid også fremhevet i lovens forarbeider. Det fremgår her at ”Når ein jamstiller venta motstand med uttrykt motstand må det understrekast at føresegna ikkje skal brukast av ”giddeløyse”.

---

<sup>60</sup> Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) s. 37

Ein kan tenkje seg tilfelle der pasienten erfaringsmessig er så lite samarbeidsvillig at ein legg ein venta motstand til grunn for å unngå ein motstandssituasjon”.<sup>61</sup> En slik forståelse er også lagt til grunn av Helsedirektoratets i deres rundskriv IS-10/2008: ”Man kan likevel ikke legge til grunn at pasienten vil motsette seg helsehjelp i et konkret tilfelle, selv om pasienten generelt er lite samarbeidsvillig”.<sup>62</sup>

Ordlyden i pbrl. § 4A-3 andre ledd tilsier videre at selv om pasienten tidligere har motsatt seg helsehjelpen, ligger terskelen høyt for å kunne likestille forventet og uttrykt motstand, jamfør kravet om at pasienten med ”stor sannsynlighet” vil opprettholde sin motstand. Det samme tilsier kravet om at helsepersonell ”vet” at pasienten vil opprettholde sin motstand; antakelser eller sterkere mistanke er, med andre ord, ikke tilstrekkelig for at forventet motstand skal kunne forutsettes. I praksis må disse kravene innebære at det helsepersonell som skal gjennomføre helsehjelpen har god kjennskap til den aktuelle pasienten, og at all tidligere erfaring tilsier at vedkommende vil opprettholde sin motstand mot helsehjelpen.

At terskelen for at forventet motstand kan likestilles med uttrykt motstand ligger høyt, legges også til grunn i lovens forarbeider, som fremhever at forventet motstand kun ”unntaksvis” omfattes av virkeområdet for reglene.<sup>63</sup>

Det må, etter dette, konkluderes med at det i enkelte tilfeller kan legges til grunn at pasienten motsetter seg helsehjelp basert på en forventning om motstand. Terskelen for å likestille forventet motstand med uttrykt motstand ligger imidlertid høyt, og må, som hovedregel, være forbeholdt tilfeller hvor pasienten tidligere har utvist motstand mot den aktuelle helsehjelpen.

Hensynet til pasientens rettssikkerhet tilsier imidlertid at det må kunne gjøres unntak fra denne hovedregel i enkelte tilfeller – særlig når helsehjelpen, etter en objektiv vurdering, innebærer bruk av tiltak som må anses som inngripende for den aktuelle pasienten.

### ***2.3.1.1 Tilfeller hvor pasienten ikke har utvist motstand mot helsehjelpen tidligere***

I enkelte tilfeller er det klart at pasienten ikke har utvist motstand mot helsehjelpen tidligere, uten at dette behøver å bety at vedkommende da har samtykket til denne. Et praktisk eksempel er at pasienten ikke har motsatt seg helsehjelpen tidligere, fordi denne ikke har blitt tilbudt eller gitt før. Problemstillingen som da reiser seg, er om det kan åpnes for å likestille forventet motstand med uttrykt motstand, ikke på bakgrunn av tidligere utvist motstand, men på grunn

---

<sup>61</sup> Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) s. 37

<sup>62</sup> Helsedirektoratets rundskriv IS-10/2008 s. 28

<sup>63</sup> Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) s. 85

av andre forhold som tilsier at pasienten mest sannsynlig ville ha motsatt seg den aktuelle helsehjelpen dersom vedkommende hadde hatt forutsetninger for å kunne forstå arten og/eller omfanget av denne.

Ordlyden i pbrl. § 4A-3 andre ledd, tilsier at det ikke kan legges til grunn forventet motstand på bakgrunn av andre forhold enn tidligere utvist motstand. At andre forhold også skal kunne gi grunnlag for å forutsette at den aktuelle pasienten motsetter seg helsehjelpen, vil derfor innebære en utvidende tolkning av bestemmelsen. Spørsmålet er da om det øvrige rettskilde-materialet kan gi støtte for en slik utvidende tolkning.

Lovens forarbeider fremhever at ordlyden i pbrl. § 4A-3 andre ledd, innebærer at forventet motstand og uttrykt motstand likestilles.<sup>64</sup> Når det gjelder i hvilke tilfeller likestilling kan skje, nevner forarbeidene imidlertid kun de tilfeller hvor pasienten tidligere har motsatt seg helsehjelpen.<sup>65</sup> Ettersom forarbeidene ikke omtaler andre tilfeller enn hvor pasienten tidligere har utvist motstand, utelukker de ikke prinsipielt at også andre forhold kan gi grunnlag for å likestille forventet og uttrykt motstand. På den annen side kan de heller ikke tas til inntekt for en utvidende tolkning av bestemmelsen.

Kanskje kan imidlertid andre uttalelser i forarbeidene tenkes å kunne tas til inntekt for at også andre forhold enn kun tidligere utvist motstand kan gi grunnlag for å likestille forventet motstand med uttrykt motstand. Jeg sikter nå til den nevnte uttalelsen om at ”(...) føresegna ikkje skal brukast av ”giddeløyse””.<sup>66</sup> Dersom denne uttalelsen ses på som en angivelse av den nedre grensen for når forventet og uttrykt motstand kan likestilles, tilsier dette at også andre forhold enn tidligere utvist motstand kan gi grunnlag for en slik likestilling – det avgjørende vil da være om bestemmelsen brukes av ”giddeløyse”. På den annen side kan denne uttalelsen forstås som at lovgiver har fryktet at praksisen på dette området skal ”gli ut”, og at de derfor har funnet det nødvendig å understreke at terskelen for likestilling skal ligge høyt.<sup>67</sup> Det er imidlertid også mulig at forarbeidene her har ment å ville sikre god kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell, slik at det ikke legges til grunn at pasienten motsetter seg helsehjelp før det har vært forsøkt å finne årsaken til at pasienten utagerer.

I den juridiske teorien synes det ikke å være enighet om problemstillingen. I forbindelse med når det skal fattes vedtak etter pbrl. kap. 4A om bruk av varslingssystemer, uttaler Syse: ”Reglene [pbrl. kap. 4A] omfatter som nevnt også forventet motstand, se § 4A-3 andre ledd.

---

<sup>64</sup> Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) s. 37

<sup>65</sup> Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) s. 37 og 85

<sup>66</sup> Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) s. 37

<sup>67</sup> Østenstad (2011) s. 249

Bruk av tekniske varslingsystemer og andre inngrep de fleste andre ville ha motsatt seg, krever derfor saksbehandling og vedtak (...).<sup>68</sup> Uttalelsen om at det skal fattes vedtak etter pbrl. kap. 4A dersom den aktuelle helsehjelpen innebærer ”inngrep de fleste andre ville ha motsatt seg”, tilsier at det er Syses oppfatning at forventet motstand kan legges til grunn basert på en generell forventning om motstand i det konkrete tilfelle. Slik jeg forstår Syses uttalelse, vil spørsmålet om forventet motstand skal likestilles med uttrykt motstand, avhenge av en objektiv vurdering av hvor inngripende de aktuelle tiltakene er.

Østenstad synes imidlertid å legge til grunn en annen forståelse av pbrl. § 4A-3 andre ledd. Det er hans oppfatning at forventet og uttrykt motstand ikke kan likestilles i andre tilfeller enn hvor den aktuelle pasienten ”manipuleres” – det vil si i tilfeller som innebærer en omgåelse av motstand, for eksempel å skjule medikamenter i syltetøy.<sup>69</sup> Østenstad fremhever at selv om han er enig med Syses argumentasjon de lege ferenda, vil hans synspunkter, de lege lata, innebære en for ”ekspansiv tolkning” som ikke har støtte i verken lovtekst eller forarbeider.<sup>70</sup>

Helsedirektoratets rundskriv IS-10/2008, baserer seg i stor utstrekning på det som er sagt om forventet motstand i forarbeidene. Det fremheves imidlertid uttrykkelig her at det ikke kan treffes vedtak etter pbrl. kap. 4A basert på en generell forventning om motstand.<sup>71</sup>

Praksis fra EMD tilsier imidlertid at forventet og uttrykt motstand må likestilles ut over de tilfeller som omfattes av ordlyden i pbrl. § 4A-3 andre ledd. Helsehjelp som pasienten ikke motsetter seg kan som nevnt tidligere, som hovedregel, gis med hjemmel i pbrl. § 4-6. Ulike avgjørelser fra EMD tilsier imidlertid at det å gi enkelte typer helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse, basert på et presumert samtykke, vil kunne stride mot EMK art. 8 nr. 2.

EMK art. 8 verner, blant annet, den enkeltes rett til ”privatliv”. Ifølge denne artikkelen ”skal det ikke skje noe inngrep av offentlig myndighet (...) unntatt når dette er i samsvar med loven og er nødvendig i et demokratisk samfunn av hensyn til den nasjonale sikkerhet, offentlig trygghet eller landets økonomiske velferd, for å forebygge uorden eller kriminalitet, for å beskytte helse eller moral, eller for å beskytte andres rettigheter og friheter”.

Det følger av EMDs praksis at helsehjelp, når denne gjennomføres på tross av motstand fra den aktuelle pasienten, må regnes som et ”inngrep” etter EMK art. 8 nr. 2.<sup>72</sup> Av pasient- og

---

<sup>68</sup> Syse (2013) s. 355

<sup>69</sup> Østenstad (2011) kap. 3.4.3

<sup>70</sup> Østenstad (2011) s. 249

<sup>71</sup> Helsedirektoratets rundskriv IS-10/2008 s. 28

<sup>72</sup> Storck v. Germany og Botta v. Italy

brakerettighetslovens forarbeider fremgår det uttrykkelig at reglene i lovens kapittel 4A, anses å oppfylle de krav som stilles til ”inngrep av offentlig myndighet” i EMK art. 8 nr. 2.<sup>73</sup>

Når pasienten derimot avgir et gyldig samtykke til helsehjelpen, er det klart at vi er utenfor konvensjonsvernet i EMK art. 8 nr. 2.<sup>74</sup> Tema for denne avhandlingen er imidlertid pasienter som mangler samtykkekompetanse, og som dermed ikke har personell kompetanse til å avgi et gyldig samtykke.<sup>75</sup> Det oppstår dermed spørsmål om konvensjonsvernet i EMK art. 8 nr. 2 omfatter tilfeller hvor det er klart at pasienten ikke har motsatt seg eller motsetter seg helsehjelpen, men hvor andre forhold tilsier at denne må regnes som et ”inngrep”.

EMDs praksis synes ikke å være entydig når det gjelder spørsmålet om også tilfeller der det ikke utvises motstand kan omfattes av EMK art. 8 nr. 2. På den ene siden synes det å bli lagt til grunn at motstand fra pasienten er en forutsetning for konvensjonsvern i blant annet *Storck v. Germany*, mens det på den annen side åpnes for at passivitet i enkelte tilfeller må likestilles med motstand i *Pretty v. The United Kingdom*.

I *Storck v. Germany* synes EMD, i en prinsipiell uttalelse, å la det avgjørende for om EMK art. 8 nr. 2 skal komme til anvendelse utenfor motstandstilfellene, være om den aktuelle helsehjelpen er faglig forsvarlig. Som fremhevet av Østenstad var imidlertid ikke dette synspunktet avgjørende for utfallet i saken, ettersom pasienten utvilsomt motsatte seg den aktuelle helsehjelpen.<sup>76</sup>

Sammenholdt gir ikke EMDs ulike avgjørelser noen klare signaler om hvordan situasjoner hvor pasienter uten samtykkekompetanse og som ikke motsetter seg helsehjelpen, skal håndteres etter EMK art. 8 nr. 2.<sup>77</sup> Ut ifra EMDs praksis synes det imidlertid å være vanlig å vektlegge helsehjelpens objektive alvorlighetsgrad, når det gjelder spørsmålet om når konvensjonen skal komme til anvendelse, jf. blant annet *H.M. v. Switzerland* som gjaldt EMK art. 5.<sup>78</sup> Det avgjørende for om konvensjonsvernet skal inntre må dermed avhenge av en objektiv vurdering av hvor inngripende de tiltak som iverksettes er.<sup>79</sup> For den nærmere grensedragningen

---

<sup>73</sup> Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) kap. 4.7

<sup>74</sup> *Storck v. Germany*

<sup>75</sup> Syse (2013) kap. 4.0.3

<sup>76</sup> Østenstad (2011) s. 239

<sup>77</sup> Østenstad (2011) s. 239

<sup>78</sup> Østenstad (2011) kap. 3.3.2.2.1

<sup>79</sup> Østenstad (2011) s. 239

vil det være naturlig å ta utgangspunkt i om de tiltak som iverksettes krenker selvbestemmelsesretten på en slik måte at de kan sammenliknes med tvangsutøvelse.<sup>80</sup>

Som også nevnt innledningsvis i avhandlingen, var hovedformålet med vedtakelsen av pbrl. kap. 4A å bedre og sikre rettssikkerheten til pasienter uten samtykkekompetanse.<sup>81</sup> I tilfeller hvor den aktuelle helsehjelpen, etter en objektiv vurdering, innebærer bruk av tiltak som er så inngripende at det må antas at pasienten ville ha motsatt seg disse dersom vedkommende hadde vært samtykkekompetent, tilsier hensynet til pasientens rettssikkerhet at pbrl. kap. 4A skal komme til anvendelse.

Overfor pasienter som mangler samtykkekompetanse, og som dermed ”åpenbart ikke” forstår behovet for den aktuelle helsehjelpen, jf. pbrl. § 4-3 andre ledd, kan det hevdes at det i stor grad vil være tilfeldig hvem som velger å motsette seg helsehjelp. Når den aktuelle helsehjelpen innebærer bruk av tiltak som er så inngripende at de fleste andre ville motsatt seg disse, tilsier også både rettferdighetshensyn og ønsker om konsekvens i rettssystemet, at forventet motstand og uttrykt motstand likestilles.<sup>82</sup>

Oppsummert kan det sies at uttalelser i lovens forarbeider kan forstås på ulike måter, og kan dermed verken tas til inntekt for, eller utelukke en utvidende tolkning av pbrl § 4A-3 andre ledd. Videre trekker uttalelser i den juridiske teorien i ulike retninger. Ut ifra EMDs praksis må det imidlertid være klart at forventet og uttrykt motstand må likestilles også i andre tilfeller enn hvor pasienten tidligere har utvist motstand mot den aktuelle helsehjelpen. Det avgjørende vil her være helsehjelpens objektive alvorlighetsgrad, hvor det for den nærmere grensedragningen vil være naturlig å ta utgangspunkt i om de tiltak som iverksettes krenker selvbestemmelsesretten på en slik måte at de kan sammenliknes med tvangsutøvelse. Også formålsbetraktninger, herunder hensynet til pasientens rettssikkerhet, samt mer generelle rettferdighetsbetraktninger og ønsker om konsekvens i rettssystemet, tilsier at forventet og uttrykt motstand må likestilles når den aktuelle helsehjelpen innebærer bruk av tiltak de fleste andre ville ha motsatt seg.

Selv om det som hovedregel fortsatt må være slik at pbrl. kap. 4A ikke åpner for å likestille forventet motstand og uttrykt motstand, i andre tilfeller enn hvor den aktuelle pasienten tidligere har utvist motstand mot den aktuelle helsehjelpen, må det etter dette gjøres unntak for tilfeller hvor helsehjelpen innebærer bruk av tiltak som, etter en objektiv vurdering, må anses som inngripende for pasienten – med andre ord, tiltak de fleste andre ville ha motsatt seg/

---

<sup>80</sup> Østenstad (2011) s. 241

<sup>81</sup> Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) s. 5, og Innst.O. nr. 11 (2006-2007) kap. 3.2

<sup>82</sup> Eckhoff (2001) s. 125

tiltak som kan sammenliknes med tvangsutøvelse. Dette fordi gjennomføring av helsehjelpen da vil utgjøre et ”inngrep” etter EMK art. 8 nr. 2. Reelle hensyn, herunder formålsbetraktninger, taler også for et slikt tolkningsresultat.

### *2.3.1.2 Tilfeller hvor pasienten ikke opprettholder sin motstand mot helsehjelpen*

Som hovedregel kan altså forventet og uttrykt motstand bare likestilles i tilfeller hvor pasienten har motsatt seg den aktuelle helsehjelpen på et tidligere tidspunkt. Problemstillingen i det følgende er om forventet og uttrykt motstand kan likestilles i tilfeller hvor pasienten tidligere har motsatt seg helsehjelpen, men hvor vedkommende ikke opprettholder sin motstand når denne skal gjennomføres.

Også i slike tilfeller vil det å likestille forventet og uttrykt motstand stride imot ordlyden i pbrl. § 4A-3 andre ledd, som krever at helsepersonell ”vet” at vedkommende pasient ”med stor sannsynlighet vil opprettholde sin motstand”. Dersom det er klart at pasienten har oppgitt sin motstand mot den aktuelle helsehjelpen, er vi utvilsomt utenfor lovens ordlyd. Å åpne for at forventet og uttrykt motstand kan likestilles i tilfeller hvor pasienten har oppgitt sin motstand, vil dermed innebære en utvidende tolkning av bestemmelsen. Spørsmålet er da også her om det øvrige rettskildematerialet kan gi støtte for en utvidende tolkning av bestemmelsen.

Lovens forarbeider og Helsedirektoratets rundskriv IS-10/2008, gir heller ikke i forhold til denne problemstillingen noen støtte for en utvidende tolkning.

Som nevnt innebærer konvensjonsvernet etter EMK art. 8 nr. 2, at pbrl. kap. 4A må komme til anvendelse i tilfeller hvor den helsehjelpen som iverksettes, etter en objektiv vurdering, må sies å krenke pasientens selvbestemmelsesrett på en slik måte at den kan sammenliknes med tvangsutøvelse.

I tilfeller hvor pasienten, før vedkommende mistet sin samtykkekompetanse, klart og tydelig har uttrykt seg negativt om den aktuelle helsehjelpen, men nå forholder seg likegyldig eller samtykker til denne på grunn av kognitiv svikt, kan gjennomføring av helsehjelpen måtte regnes som en krenking av selvbestemmelsesretten omfattet av EMKs konvensjonsvern.<sup>83</sup>

Det er imidlertid viktig å huske på at det skal tas hensyn til den enkeltes autonomi og selvbestemmelsesrett ved vurderingen av hvilken helsehjelp som skal gis, og at den enkelte pasient ”i størst mogelig grad skal få den helsehjelpa dei presumptivt ville ha takka ja til dersom dei

---

<sup>83</sup> Østenstad (2011) s. 241

evna å samtykkje til henne”.<sup>84</sup> Når helsepersonell er klar over at vedkommende, før han/hun mistet sin samtykkekompetanse, var klart og tydelig negativt innstilt til den aktuelle helsehjelpen, må det vurderes om denne i det hele tatt skal gis. Ut ifra det foreliggende rettskildematerialet kan det imidlertid ikke oppstilles noe absolutt krav om at det ikke kan gis helsehjelp pasienten tidligere har motsatt seg. Det avgjørende må i denne sammenheng være i hvilken grad vedkommende tidligere motsatte seg helsehjelpen, og hvilket behov han/hun har for denne på det nåværende tidspunkt. Når helsepersonell, etter en konkret vurdering, anser det nødvendig å gi pasienten helsehjelp til tross for en tidligere og klart uttrykt negativ holdning til denne, tilsier EMK art. 8 nr. 2 og hensynet til pasientens rettssikkerhet, at pbrl. kap. 4A skal komme til anvendelse.

Oppsummert må det dermed konkluderes med at forventet motstand, som hovedregel, ikke kan likestilles med uttrykt motstand i tilfeller hvor pasienten ikke opprettholder sin motstand mot helsehjelpen. Det må imidlertid gjøres unntak for tilfeller hvor helsepersonell beslutter å gi helsehjelp som pasienten, før han/hun mistet sin samtykkekompetanse, klart og tydelig har uttrykt seg negativt om. Dette fordi gjennomføring av helsehjelpen da vil utgjøre et ”inngrep” etter EMK art. 8 nr. 2. Hensynet til pasientens rettssikkerhet taler også for et slikt tolkningsresultat.

### 2.3.2 Krav om ”motstandsintensjon”?

Fokus hittil har vært på pasienter som, på grunn av ulike demenssymptomer, ikke utviser motstand mot helsehjelp, til tross for at de ikke ønsker denne gjennomført, eller ikke ville ha ønsket denne gjennomført dersom de hadde hatt samtykkekompetanse. I den andre enden av ”skalaen” kan vi tenke oss pasienter som utagerer mot all hjelp som blir tilbudt/iverksatt, uten at denne utageringen er motivert av et ønske om ikke å motta helsehjelp. En sentral problemstilling som da oppstår er om det skal kreves det jeg kaller en ”motstandsintensjon” bak en pasients utagering, for at vedkommende må sies å ”motsette seg” helsehjelp etter pbrl. kap. 4A.

Som nevnt tidligere innebærer et subjektivt motstandskrav at det er ikke er avgjørende om pasientens negative standpunkt til helsehjelpen skyldes at vedkommende pasient har misforstått arten og/eller omfanget av denne – det avgjørende er om dette standpunktet faktisk kommer til uttrykk som motstand. Det må derfor understrekes at denne problemstillingen ikke gjelder om pasientens motstand mot en bestemt type helsehjelp er ”berettiget” eller ikke. Det som nå drøftes er om det skal kreves at en pasients utagering er motivert av et ønske om ikke å motta en bestemt type helsehjelp, for at denne skal regnes som motstand etter regelverket.

---

<sup>84</sup> Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) s. 33



Spørsmålet om motstandsintensjon er ikke tatt stilling til i loven eller i dennes forarbeider, og er heller ikke drøftet noe særlig i teorien. Østenstad skiller imidlertid mellom motstand og handlinger uten noen bakenforliggende vilje, som han kaller refleksreaksjoner.<sup>85</sup> Han fremhever at "(...) stundom kan det vere spørsmål om desse ytre teikna til motstand heller bør forståast som ein slags refleksreaksjon i ein situasjon prega av kaos, der svikten i intellektuell fungering gjer det vanskeleg eller umogeleg for vedkommande å samle tankane og tenkje klart (...)".<sup>86</sup> Slik jeg forstår Østenstad, er det hans oppfatning at handlinger som, i det ytre, kan oppfattes som motstand, men som på grunn av kognitiv svikt ikke kan sies å være motivert av en bestemt vilje, ikke skal regnes som motstand.

Det å operere med et skille mellom motstand og refleksreaksjoner kan etter min oppfatning være problematisk, dersom det avgjørende for dette skillet er om pasienten har kognitive forutsetninger for å kunne ta standpunkt til den aktuelle helsehjelpen. Dette fordi en forutsetning for at pbrl. kap. 4A kommer til anvendelse er at pasienten mangler samtykkekompetanse, jf. pbrl. § 4A-2 første ledd.

Som jeg tidligere har vært inne på, skal det mye til for at en persons samtykkekompetanse skal bortfalle, jf. pbrl. § 4-3 andre ledd, som krever at den aktuelle pasienten "åpenbart ikke" er i stand til å forstå begrunnelsen for at helsehjelpen blir gitt og hva samtykket omfatter.<sup>87</sup> Det må dermed kunne konkluderes med at bortfall av samtykkekompetanse, som en klar hovedregel, kun er aktuelt overfor pasienter med betydelig kognitiv svikt.

Dersom kravet om at pasienten "åpenbart ikke" forstår begrunnelsen for at den aktuelle helsehjelpen blir gitt, kombineres med et krav om at pasienten må ha kognitive forutsetninger for å kunne innta et standpunkt til den samme helsehjelpen, vil kravet om manglende samtykkekompetanse og motstandskravet komme i et motsetningsforhold.

Etter min mening kan det, etter dette, ikke oppstilles noe absolutt krav om at det må foreligge en motstandsintensjon bak en pasients utagering, for at vedkommende må sies å "motsette seg" helsehjelp etter pbrl. kap. 4A. Dette fordi en motstandsintensjon krever en kognitiv evne til å vurdere og ta et standpunkt til helsehjelpen, som det må antas at en rekke pasienter uten samtykkekompetanse ikke har.

Dette innebærer imidlertid ikke at Østenstads skille mellom motstand og refleksreaksjoner ikke kan opprettholdes, men at det avgjørende for dette skillet ikke kan være om pasienten har

---

<sup>85</sup> Østenstad (2011) s. 165

<sup>86</sup> Østenstad (2011) s. 165

<sup>87</sup> Se punkt 2.1

kognitive forutsetninger for å kunne ta stilling til den aktuelle helsehjelpen. Etter min mening må det avgjørende være om pasientens utagering har noen sammenheng med de tiltak som iverksettes, eller om denne utageringen skjer uavhengig av om helsepersonell forsøker å gi vedkommende den aktuelle helsehjelpen.

I de tilfeller hvor det er klart for helsepersonellet at pasienten ikke har kognitive forutsetninger for å kunne ta noe standpunkt til den aktuelle helsehjelpen, og at pasientens utagering ikke har noen sammenheng med de tiltak som iverksettes, er jeg enig med Østenstad i at det ikke er naturlig å si at pasienten motsetter seg helsehjelpen.

Selv i tilfeller hvor en pasients utagering må regnes som refleksreaksjoner, og ikke som motstand, kan det imidlertid ikke utelukkes at pbrl. kap. 4A må komme til anvendelse. I tilfeller hvor pasientens utagering er så voldsom at helsepersonell må ty til utstrakt maktbruk for å få gjennomført helsehjelpen, tilsier hensynet til pasientens rettssikkerhet at pbrl. kap. 4A likevel skal komme til anvendelse. For eksempel dersom flere pleiere fysisk må fastholde pasienten for å få gitt nødvendig helsehjelp. I slike tilfeller må også helsehjelpen regnes som et ”inngrep” etter EMK art. 8 nr. 2, ettersom tiltaket må sies å krenke selvbestemmelsesretten på en slik måte at det kan sammenliknes med tvangsutøvelse.

I praksis kan det også være vanskelig for helsepersonell å avgjøre om en pasient utviser motstand, eller om dennes utagering skal regnes som refleksreaksjoner. Hensynet til pasientens rettssikkerhet tilsier at det, i tvilssituasjoner, legges til grunn at pasienten utviser motstand, slik at rettssikkerhetsgarantiene i pbrl. kap. 4A kommer til anvendelse. Som jeg har vært inne på tidligere, fremhever også Helsedirektoratet at det i tilfeller hvor helsepersonell er i tvil om pasienten utviser motstand, må legges til grunn av vedkommende motsetter seg helsehjelpen.<sup>88</sup>

---

<sup>88</sup> Helsedirektoratets rundskriv IS-10/2008 s. 28

### **3 Avgrensningen mot ”psykisk lidelse” i pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-2 andre ledd**

#### **3.1 Bakgrunn og hensyn**

Som hovedregel og utgangspunkt gir pbrl. kap. 4A hjemmel for å yte ”helsehjelp”, jf. lovens § 4A-2 første ledd. Begrepet ”helsehjelp” er i pbrl. § 1-3 bokstav c, definert som ”handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell”. Denne definisjonen innebærer at et bredt spekter av tiltak kan iverksettes med hjemmel i pbrl. kap. 4A. Det gjøres imidlertid unntak for undersøkelse og behandling av ”psykisk lidelse”. Slik helsehjelp kan bare skje med hjemmel i psykisk helsevernloven, jf. pbrl. § 4A-2 andre ledd.

En sentral problemstilling er dermed hva som omfattes av begrepet ”psykisk lidelse” i pbrl. § 4A-2 andre ledd – noe verken lovens forarbeider eller Helsedirektoratets rundskriv IS-10/2008 tar uttrykkelig stilling til.

Personer med senil demens kan, som alle andre, lide av ulike psykiske sykdommer. Enkelte kan også, blant annet, utvikle schizofreni etter 80års alderen.<sup>89</sup> I tilfeller hvor den aktuelle pasienten har fått diagnostisert en kjent psykisk sykdom, må det være klart at nærmere undersøkelse og/eller behandling av denne ikke kan skje med hjemmel i pbrl. kap. 4A. Som jeg kommer tilbake til i punkt 3.2, har imidlertid ikke alltid psykiske symptomer en relasjon til en psykisk sykdom. Et særlig spørsmål blir da om det kreves at en pasient lider av en kjent psykisk sykdom, for at vedkommende pasient kan sies å lide av ”psykisk lidelse” etter pbrl. § 4A-2 andre ledd.

Som nevnt tidligere var hovedformålet med vedtakelsen av pbrl. kap. 4A å bedre og sikre rettssikkerheten til pasienter uten samtykkekompetanse.<sup>90</sup> Avgrensningen mot undersøkelse og behandling av ”psykisk lidelse” i pbrl. § 4A-2 andre ledd, synes også å være gjort av rettssikkerhetshensyn. I lovens forarbeider er det uttrykkelig fremhevet at når det gjelder undersøkelse og behandling av psykiske lidelser hvor pasienten utviser motstand, bør det ikke åpnes for et ”tospora system”.<sup>91</sup> Ifølge departementet vil det å åpne for at tvungen undersøkelse og behandling av psykiske lidelser kan skje uten hjemmel i psykisk helsevernloven, innebære en

---

<sup>89</sup> Engedal (2000) s. 163

<sup>90</sup> Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) s. 5, og Innst.O. nr. 11 (2006-2007) kap. 3.2

<sup>91</sup> Ot.ptp. nr. 64 (2005-2006) s. 31

risiko for at lovens regler blir omgått, med svekket rettsvern for pasienter i det psykiske helsevernet som resultat.<sup>92</sup>

Det synes forutsatt i forarbeidene at all undersøkelse og behandling av psykiske lidelser må ha hjemmel i psykisk helsevernloven, fordi det i psykisk helsevernloven oppstilles mer omfattende rettssikkerhetsgarantier enn det gjøres i pbrl. kap. 4A. Et krav om at pasienten har fått diagnostisert en kjent psykisk sykdom, for eksempel schizofreni, for at vedkommende oppfyller kravet til ”psykisk lidelse” i pbrl. § 4A-2 andre ledd, kan dermed vanskelig være i overensstemmelse med bestemmelsens formål.

Videre er det vanlig å si at pbrl. kap. 4A kun åpner for å gi ”somatisk” helsehjelp – § 4A-2 andre ledd tolkes, med andre ord, antitetisk.<sup>93</sup> Med somatisk helsehjelp menes ”legemlig” helsehjelp.<sup>94</sup> At helsehjelpen, for å kunne gis med hjemmel i pbrl. kap. 4A, må innebære undersøkelse eller behandling av legemlige tilstander, tilsier at undersøkelse og/eller behandling av psykiske symptomer krever hjemmel i psykisk helsevernloven, uavhengig av om disse har relasjon til en psykisk sykdom.

Østenstad synes også å mene at det ikke kan kreves at en pasient har en kjent psykisk sykdom, for å kunne legge til grunn at vedkommende har en psykisk lidelse. Begrepet ”psykisk lidelse” er også brukt for å avgrense psykisk helsevernlovens virkeområde, jf. lovens § 1-2 første ledd. Ifølge Østenstad er det ikke noe krav om at det er stilt en klar diagnose for at psykisk helsevernloven skal komme til anvendelse, og han hevder at den samme forståelsen av begrepet må gjelde for pbrl. kap. 4A.<sup>95</sup>

Uttalelser fra Heldirektoratet tyder også på at det ikke er avgjørende om en pasient lider av en kjent psykisk sykdom i forhold til ”psykisk lidelse”-begrepet i pbrl. § 4A-2 andre ledd. I brev til Fylkesmannen i Møre og Romsdal fremheves det at om en pasients psykiske symptomer skyldes en ”kjent alvorlig psykisk grunnlidelse”, ikke er avgjørende i forhold til regelverket, men at det avgjørende er ”om det gis psykisk helsehjelp eller ikke”.<sup>96</sup>

Etter dette må det kunne konkluderes med at det ikke kan kreves at en pasient har en kjent psykisk sykdom for å kunne fastslå at vedkommende lider av en ”psykisk lidelse” etter pbrl. §

---

<sup>92</sup> Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) s. 31

<sup>93</sup> Syse (2013) s. 344

<sup>94</sup> Store medisinske leksikon (2009)

<sup>95</sup> Østenstad (2011) s. 515

<sup>96</sup> Helsedirektoratet (2014)

4A-2 andre ledd. Undersøkelse og behandling av uavklarte psykiske symptomer, vil dermed heller ikke kunne gis med hjemmel i pbrl. kap. 4A.

### **3.2 Pasienter med atferdsmessige symptomer ved demens**

Det faktum at undersøkelse og behandling av psykiske lidelser ikke kan skje med hjemmel i pbrl. kap. 4A, reiser særlige problemer overfor pasienter med senil demens. Det er vanlig å forbinde senil demens kun med kognitive symptomer, men ofte innebærer også en demenssykdom ulike atferdsmessige symptomer.<sup>97</sup> De siste årene har imidlertid de atferdsmessige symptomene ved demens fått en større plass i demensforskningen, og i den medisinske litteraturen har det blitt vanlig å sammenfatte denne typen symptomer under betegnelsen ”atferdsmessige og psykologiske eller psykiatriske symptomer ved demens” (APSD). Disse symptomene kan inndeles i to undergrupper: psykiatriske/psykiske symptomer og atferdsmessige symptomer. Felles for begge symptomgrupper er at de ikke har relasjon til en psykisk sykdom.<sup>98</sup>

#### **3.2.1 Psykiske symptomer ved demens**

En demenssykdom kan medføre en rekke ulike psykiske symptomer, herunder blant annet depresjoner, angst, katastrofereaksjoner, vrangforestillinger, illusjoner og hallusinasjoner.<sup>99</sup> Det er faktisk slik at de aller fleste demenspasienter vil oppleve slike symptomer i løpet av sykdomsforløpet, og de oppfattes derfor som et element i selve demenssyndromet.<sup>100</sup> Det kan være ulike og samvirkende årsaker til at en pasient får psykiske symptomer ved demens. Selbæk fremhever at ”Å presentere en enhetlig årsaksmodell for et syndrom [APSD] som spriker i alle retninger, er vanskelig. Utredning av årsaksforhold er et krevende puslespill der både biologiske, psykologiske og miljømessige faktorer må inkluderes for å komplettere bildet”.<sup>101</sup>

Som jeg konkluderte med i punkt 3.1, kan det ikke oppstilles krav om at en pasient har en kjent psykisk sykdom for at vedkommende skal lide av en ”psykisk lidelse” etter pbrl. § 4A-2 andre ledd. Dette tilsier at det heller ikke vil være av betydning om en pasients psykiske symptomer skyldes en demenssykdom, ved vurderingen av om vedkommende har en ”psykisk lidelse”.

---

<sup>97</sup> Engedal (2009) s. 33

<sup>98</sup> Engedal (2009) s. 45

<sup>99</sup> Engedal (2009) s. 45-46

<sup>100</sup> Malt (2012) s. 740

<sup>101</sup> Selbæk (2005)

Dette støttes av den nevnte uttalelsen fra Helsedirektoratet, som fremhever at den bakenforliggende årsaken til en pasients psykiske symptomer, ikke er avgjørende for om det foreligger en psykisk lidelse etter pbrl. kap. 4A. Helsedirektoratet fremhever her uttrykkelig at ”Hvorvidt de psykiatriske symptomene har grunnlag i en kjent alvorlig psykisk grunnlidelse eller er psykiske følgelidelser av en sykdom med organisk årsak, *for eksempel demens* eller fysiske skader, er ikke avgjørende. Likefullt skal rettslig grunnlag for den psykiske helsehjelpen finnes i psykisk helsevernloven”.<sup>102</sup> (Min kursivering).

At enkelte symptomer ved senil demens skal regnes som en psykisk lidelse synes også forutsatt i ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer 2014, kapittel V. Her er en lang rekke demensdiagnoser klassifisert under betegnelsen ”Organiske, inklusiv symptomatiske, psykiske lidelser”.

Det må, etter dette, kunne sluttet at det ikke spiller noen rolle om en pasients psykiske symptomer skyldes en demenslidelse i forhold til pbrl. § 4A-2 andre ledd. Dette innebærer at psykiske symptomer som følge av en demenssykdom, for eksempel depresjoner og angst, må regnes som ”psykisk lidelse” etter pbrl. kap. 4A, og undersøkelse/behandling av disse symptomene krever dermed hjemmel i psykisk helsevernloven.

### 3.2.2 Atferdsmessige symptomer ved demens

Ved siden av symptomer som det er naturlig å betegne som ”psykiske”, kan en demenssykdom også medføre symptomer som bedre kan beskrives som ”atferdsmessige”, herunder blant annet rastløs motorisk atferd, irritabilitet og aggressivitet.<sup>103</sup> Problemstillingen som da reiser seg, er om også slike symptomer skal regnes som ”psykisk lidelse” etter pbrl. kap. 4A.

Ordlyden ”psykisk lidelse” synes umiddelbart ikke å omfatte rent atferdsmessige problemer – for eksempel vil ikke rastløs motorisk atferd eller irritabilitet alene, normalt være forbundet med psykiske lidelser. I enkelte tilfeller kan vi imidlertid tenke oss at pasientens atferdsmessige symptomer, i seg selv, er symptomer på en psykisk lidelse. Vi kan, for eksempel, tenke oss en pasient som er urolig og aggressiv på grunn av angst og hallusinasjoner. I slike tilfeller kan pasientens uro og utagerende atferd vanskelig skilles fra de psykiske symptomene vedkommende har – som tilsier at de atferdsmessige symptomene må regnes som en del av pasientens psykiske lidelse.

---

<sup>102</sup> Helsedirektoratet (2014)

<sup>103</sup> Engedal (2009) s. 47

Østenstad synes å forutsette at behandling av atferdsmessige symptomer, som hovedregel, skal regnes som behandling av ”psykisk lidelse” etter § 4A-2 andre ledd. Han begrunner dette med at atferdsendrende behandling ofte regnes som behandling av ”psykisk lidelse” etter psykisk helsevernloven. Dersom slik behandling også kan gis med hjemmel i pbrl. kapittel 4A, innebærer dette at ”psykisk lidelse”-begrepet gis ulikt innhold etter de to lovene. Ønsker om konsekvens og sammenheng i rettssystemet tilsier imidlertid at dette begrepet gis likt innhold.<sup>104</sup>

Det kan imidlertid, etter min mening, ikke hevdes at ethvert atferdsmessig symptom ved demens utgjør en ”psykisk lidelse”. Vi kan, for eksempel, tenke oss en pasient som er meget motorisk urolig. Vedkommende pasient har imidlertid aldri trivdes med å sitte i ro, og har glede av å vandre rundt på aldershjemmet.<sup>105</sup> Samtidig er det klart at pasientens vandring kan være problematisk, ettersom vedkommende har nedsatt fysisk funksjonsevne og stor falltendens. For å unngå mulige bruddskader ved fall, anses det nødvendig å iverksette tiltak for å roe ned pasienten, ettersom personalet ikke har kapasitet til å ha vedkommende under kontinuerlig tilsyn. I slike tilfeller kan pbrl. § 4A-2 andre ledd ikke være til hinder for at slike behandlingstiltak iverksettes.

Hva som skal kreves av en pasients atferd for at denne må regnes som en ”psykisk lidelse”, vil i stor grad bero på medisinske vurderinger og helsefaglig skjønn. Poenget i denne sammenheng er derfor ikke å avgjøre hvilke typer atferd som må regnes som ”psykisk lidelse”, ettersom dette krever medisinskfaglig kompetanse jeg ikke innehar. Poenget i denne sammenheng er kun å fremheve at ikke all atferd pasienter med senil demens utviser vil kunne regnes som en psykisk lidelse, selv om denne oppleves som problematisk eller utfordrende. Om den aktuelle pasientens atferd skal regnes som en ”psykisk lidelse” eller ikke, vil imidlertid kunne være avgjørende for hvilket rettslig grunnlag som kreves for en eventuell undersøkelse og behandling av denne. Grensedragningen vil dermed være av betydning for pasientens rettssikkerhet.

Oppsummert innebærer dette at vurderingen av om en pasients atferdsmessige symptomer skal regnes som en ”psykisk lidelse” etter pbrl. kap. 4A, må avhenge av helsefaglig skjønn i det konkrete tilfelle. I enkelte tilfeller må urolig, utagerende og/eller aggressiv atferd regnes som en psykisk lidelse, mens dette ikke vil være tilfelle ved andre anledninger. Det avgjørende for om vi er utenfor pbrl. kap. 4As virkeområde må være om den helsehjelpen som gis, gis

---

<sup>104</sup> Østenstad (2011) s. 515

<sup>105</sup> Engedal (2009) s. 47

for å bedre pasientens psykiske helse – med andre ord: ”om det gis psykisk helsehjelp eller ikke”.<sup>106</sup>

### **3.3 Problemer knyttet til avgrensningen mot undersøkelse og behandling av ”psykisk lidelse”**

At pbrl. kap. 4A ikke gir hjemmel for undersøkelse og behandling av ”psykisk lidelse”, fører til at enkelte problemer oppstår i praksis. Min personlige erfaring som saksbehandler hos Fylkesmannen i Buskerud, er at det er relativt utbredt å behandle atferdsmessige symptomer ved demens med psykofarmaka, herunder antipsykotiske medikamenter. Fortrinnsvis skjer slik medisinerings med hjemmel i pbrl. § 4-6. Som jeg kommer tilbake til avslutningsvis i avhandlingen, er dette i seg selv problematisk ettersom det i pbrl. kap. 4 oppstilles langt færre retts-sikkerhetsgarantier enn i pbrl. kap. 4A og psykisk helsevernloven. I tilfeller hvor pasientens utfordrende atferd ikke kan regnes som en ”psykisk lidelse”, kan det imidlertid stilles spørsmål om slik medisinerings kan skje med hjemmel i pbrl. kap. 4A (punkt 3.3.1). Det kan også tenkes å oppstå problemer knyttet til undersøkelse og behandling av somatiske tilstander, hvor dette forutsetter at pasientens psykiske symptomer også behandles (punkt 3.3.2). Videre er avgrensningen mot ”psykisk lidelse” i pbrl. § 4A-2 andre ledd problematisk når det gjelder forholdet til psykisk helsevernloven på et mer overordnet nivå (punkt 3.3.3).

#### **3.3.1 Behandling av atferdsmessige symptomer ved demens**

Som jeg konkluderte med i punkt 3.2.2, kan ikke alle atferdsmessige symptomer ved demens regnes som en ”psykisk lidelse”. Dette innebærer at pbrl. § 4A-2 andre ledd, ikke utelukker at enkelte atferdsmessige symptomer kan behandles med hjemmel i pbrl. kap. 4A.

Ofte iverksettes det i denne sammenheng medikamentell behandling for å roe ned den aktuelle pasientens atferd.<sup>107</sup> I tilfeller hvor en pasients utfordrende atferd, etter en konkret helsefaglig vurdering, ikke kan regnes som en ”psykisk lidelse”, og de øvrige vilkårene i pbrl. § 4A-3 er oppfylt, må det for eksempel kunne gis beroligende medikamenter for å roe ned vedkommende. Og, som jeg har vært inne på tidligere, kan ulike medikamenter skjules i pasientens mat/drikke for å omgå forventet motstand.<sup>108</sup>

Medikamentell behandling av atferdsmessige symptomer kan imidlertid få karakter av sosial disiplinering, i stedet for tilrettelagt behandling ut ifra den aktuelle pasientens individuelle

---

<sup>106</sup> Helsedirektoratet (2014)

<sup>107</sup> Engedal (2009) s. 47

<sup>108</sup> Se punkt 2.3.1



behov.<sup>109</sup> Det å åpne for at medikamentell behandling av ”utfordrende atferd” kan skje med hjemmel i pbrl. kap. 4A, kan også tenkes å bli en uheldig ”hvilepute” for helsepersonell. Vi kan, for eksempel, tenke oss at i stedet for å ta med motorisk urolige pasienter med på tur, gis det heller medikamenter som gjør at disse sitter i ro.

I denne sammenheng er det spesielt bruk av antipsykotiske medikamenter som, både i den juridiske og medisinske teorien, blir oppfattet som problematisk. Ulike studier viser at forskrivning av antipsykotika til eldre er utbredt, samt at slik behandling ofte har begrenset effekt og er beheftet med risiko for alvorlige bivirkninger.<sup>110</sup> En særlig problemstilling som derfor har blitt reist er om bruk av antipsykotika, i det hele tatt, kan skje med hjemmel i pbrl. kap. 4A.

Østenstad argumenterer for at behandling med antipsykotiske medikamenter aldri kan skje med hjemmel i pbrl. kap. 4A.<sup>111</sup> For Østenstad synes det avgjørende å være at behandlingstiltak som den aktuelle pasienten ikke har samtykket til, etter psykisk helsevernloven (phlvl.), bare kan iverksettes når de ”med stor sannsynlighet” kan føre til ”vesentlig bedring av pasientens tilstand”, jf. phlvl. § 4-4 fjerde ledd. I denne sammenheng viser han spesielt til uttalelser fra Statens legemiddelverk som fremhever at bruk av antipsykotika til personer med demens har begrenset effekt, noe som tilsier at kravet om ”vesentlig bedring” i phlvl. § 4-4 fjerde ledd, ikke kan være oppfylt. Når antipsykotika dermed ikke kan gis for behandling av atferd etter psykisk helsevernloven, kan de heller ikke, etter Østenstads oppfatning, gis med hjemmel i pbrl. kap. 4A. Han begrunner dette med hensynet til sammenhengen i rettssystemet, så å si en slutning fra det mer til det mindre.<sup>112</sup>

Etter min mening kan imidlertid forholdet til phlvl. § 4-4 ikke være avgjørende i denne sammenheng, ettersom jeg allerede har redegjort for at det nå er snakk om behandling av symptomer som ikke er å anse som ”psykisk lidelse”. Jeg vil likevel komme med enkelte bemerkninger til Østenstads argumentasjon, da jeg mener at han her uansett konkluderer for kategori-risk.

Østenstads argumentasjon bygger på en forutsetning om at antipsykotika generelt har begrenset effekt på atferdsmessige symptomer ved demens. Han viser i denne sammenheng til ulike studier som støtter denne påstanden.<sup>113</sup> I den medisinske teorien synes det imidlertid ikke å

---

<sup>109</sup> Østenstad (2011) s. 511

<sup>110</sup> Selbæk (2005) og (2009)

<sup>111</sup> Østenstad (2011) kap. 4.5.3.2.2

<sup>112</sup> Østenstad (2011) s. 514

<sup>113</sup> Østenstad (2011) kap. 4.5.3.2.2

være fullstendig enighet om at antipsykotika alltid har begrenset effekt på atferdsmessige symptomer ved demens. Som Østenstad påpeker finnes det en rekke studier som viser at antipsykotika har begrenset effekt på atferdsmessige symptomer ved demens.<sup>114</sup> Det finnes imidlertid også studier som konkluderer med at enkelte antipsykotiske medikamenter kan ha god effekt i denne sammenheng.<sup>115</sup> Engedal og Haugen understreker også at selv om man bør være tilbakeholden med bruk av antipsykotika til personer med demens, kan slike medikamenter være til nytte mot, blant annet, aggresjon og uro.<sup>116</sup> De fremhever videre at det er store individuelle forskjeller når det gjelder virkningen av antipsykotika, og at slike medikamenter, selv i lave doser, kan ha gunstig virkning hos eldre personer.<sup>117</sup> Det er også verdt å merke seg at det antipsykotiske medikamentet Risperdal er anbefalt som korttidsbehandling av, blant annet, aggresjon hos demente i Felleskatalogen.<sup>118</sup>

Selv om antipsykotiske medikamenter ofte viser seg å ha begrenset effekt, synes det ikke å kunne utelukkes at enkelte pasienter med atferdsmessige symptomer på grunn av demens, kan ha nytte av slik medikamentell behandling.

Etter dette må det kunne konkluderes med at bruk av antipsykotiske medikamenter, i enkelte tilfeller, kan skje med hjemmel i pbrl. kap. 4A. En forutsetning for slik behandling er imidlertid at de øvrige vilkårene i regelverket er oppfylt, hvor det i pbrl. § 4A-3 oppstilles strenge materielle vilkår, herunder krav om ”vesentlig helseskade”, nødvendighet og forholdsmessighet, samt at helsehjelpen bare kan gis dersom den ”etter en helhetsvurdering framtrer som den klart beste løsningen for pasienten”.

Som nevnt tidligere er bruk av antipsykotika, ved siden av å kunne ha begrenset effekt, beheftet med risiko for alvorlige bivirkninger.<sup>119</sup> Det er i denne sammenheng også viktig å være klar over at personer med senil demens er særlig sårbare for bivirkninger av slike medikamenter.<sup>120</sup> I tilfeller hvor antipsykotika gis med hjemmel i pbrl. kap. 4A, og hvor det viser seg at den aktuelle pasienten opplever sterke bivirkninger og/eller denne bruken viser seg å ha begrenset effekt, kan det imidlertid tenkes at helsehjelpen må avbrytes. Dette fordi en forutsetning for å kunne gi helsehjelp etter pbrl. kap. 4A er at det aktuelle tiltaket er ”nødvendig” og ”står i forhold til behovet for helsehjelpen”, jf. pbrl. § 4A-3 andre ledd bokstav b og c. Dette innebærer, blant annet, at tiltaket må virke klart mer positivt enn de negative konsekvensene tvangsbruken medfører.<sup>121</sup> Det følger uttrykkelig av pbrl. § 4A-4 siste ledd at ”Helsehjelpen skal vurderes fortløpende og avbrytes straks lovens vilkår ikke lenger er til stede. Det skal særlig legges vekt på om helsehjelpen viser seg å ikke ha ønsket virkning, eller har uforutsette negative virkninger”. Det å opprettholde behandling som medfører alvorlige bivirkninger og/eller har begrenset effekt, må

---

<sup>114</sup> Blant annet Sink (2005), Schneider (2006)

<sup>115</sup> Blant annet Street (2000), Brodaty (2003)

<sup>116</sup> Engedal (2009) s. 275

<sup>117</sup> Engedal (2009) s. 278

<sup>118</sup> Felleskatalogen (2014)

<sup>119</sup> Se også Engedal (2009) s. 279-283

<sup>120</sup> Ruths (2005)

<sup>121</sup> Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) s. 86

også kunne tenkes å stride mot kravet om forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp i helsepersonelloven § 4 første ledd.

Hittil har jeg kun hatt bruk av antipsykotika for øyet. Østenstad synes imidlertid også å ville utelukke alle andre former for medikamentell behandling av atferdsmessige symptomer etter pbrl. kap. 4A.<sup>122</sup> Det avgjørende i hans argumentasjon synes å være at atferdsendrende behandling ”ofte” skal regnes som behandling av ”psykisk lidelse” etter psykisk helsevernloven, og at dersom slik behandling også kan gis med hjemmel i pbrl. kapittel 4A, innebærer dette at ”psykisk lidelse”-begrepet gis ulikt innhold etter de to lovene.<sup>123</sup>

Som nevnt tidligere, kan imidlertid ikke alle atferdsmessige symptomer ved demens regnes som en ”psykisk lidelse” etter pbrl. kap. 4A. Når vi legger til grunn en lik forståelse av ”psykisk lidelse”-begrepet i henholdsvis pasient- og brukerrettighetsloven og i psykisk helsevernloven, må det være klart at i de tilfeller hvor pasientens utfordrende atferd ikke utgjør en ”psykisk lidelse” etter pasient- og brukerrettighetsloven, vil den heller ikke kunne regnes som ”psykisk lidelse” etter psykisk helsevernloven. I slike tilfeller vil dermed medikamentell behandling av pasientens atferdsmessige symptomer ikke kunne regnes som behandling av ”psykisk lidelse” etter noen av regelsettene.

Det kan dermed, etter min mening, ikke konkluderes med at all annen medikamentell behandling av atferdsmessige symptomer ved demens er utelukket på generelt grunnlag etter pbrl. kap. 4A. Det avgjørende må her, som ellers, være om det gis psykisk helsehjelp eller ikke.

### 3.3.2 Somatisk helsehjelp til pasient med psykisk lidelse

Det er klart at også pasienter med psykiske lidelser, kan ha behov for somatisk helsehjelp. At pbrl. § 4A-2 andre ledd ikke er til hinder for å gi pasienter med psykiske lidelser somatisk helsehjelp, forutsatt at de øvrige vilkårene i pbrl. § 4A-3 er oppfylt, følger uttrykkelig av lovens forarbeider.<sup>124</sup>

I forbindelse med somatisk helsehjelp til pasienter med senil demens og psykiske lidelser, kan det imidlertid tenkes å oppstå problematiske situasjoner. Det er klart at behandling av psykiske lidelser ikke kan skje med hjemmel i pbrl. kap. 4A. Men, hva om undersøkelse/behandling av en somatisk lidelse krever at pasientens psykiske symptomer også blir behandlet? Vi kan, for eksempel, tenke oss at en pasient med angst og vrangforestillinger også utvikler tydelige

---

<sup>122</sup> Østenstad (2011) kap. 4.5.3.2.2.2.2

<sup>123</sup> Se punkt 3.2.2

<sup>124</sup> Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) s. 27

symptomer på diabetes. For å få undersøkt om pasienten faktisk har diabetes må det tas blodprøver av han/henne, noe vedkommende uttrykker kraftig verbal og fysisk motstand mot. For å få tatt de nødvendige blodprøvene vurderer helsepersonell at den mest skånsomme og effektive metoden er å gi pasienten medikamenter klassifisert som psykofarmaka. Når pasientens angst og vrangforestillinger dempes med bruk av slike medikamenter, reduseres motstanden betydelig, slik at det ikke er noe problem å få tatt blodprøver. Kan denne type helsehjelp gis med hjemmel i pbrl. kap. 4A?

Problemstillingen er ikke tatt stilling til i lovens forarbeider eller i Helsedirektoratets rundskriv IS-10/2008. Heller ikke i den juridiske teorien er denne problemstillingen drøftet, så vidt meg bekjent. Helsedirektoratet har imidlertid, i brev til Fylkesmannen i Nord-Trøndelag, kommet med en uttalelse knyttet til dette problemet.<sup>125</sup>

Helsedirektoratet synes her å skille mellom undersøkelse og behandling av pasientens somatiske lidelse. Ifølge Helsedirektoratet kan en pasients psykiske lidelse behandles med psykofarmaka med hjemmel i pbrl. kap. 4A, dersom dette er nødvendig for å få gjennomført *undersøkelsen* av pasientens somatiske lidelse. Når det gjelder en eventuell videre behandling av den somatiske lidelsen uttaler Helsedirektoratet: ” Så snart denne [undersøkelsen] er gjennomført, må medisineringen opphøre. Å fortsette bruk av psykofarmaka etter at undersøkelsen er gjennomført, og uten pasientens samtykke, for å behandle vedkommendes psykose, vil være i strid med pasrl. § 4 A-2 annet ledd”.

Helsedirektoratet synes å begrunne sine uttalelser med at loven setter få begrensninger for hvilke tiltak som kan iverksettes med hjemmel i pbrl. kap. 4A, og at både beroligende medikamenter og narkose er nevnt som aktuelle tiltak i forarbeidene. Av denne grunn kan det ikke være avgjørende at medikamentet har status som psykofarmaka, hva gjelder undersøkelse av en somatisk lidelse.

Hvilke tiltak som kan iverksettes med hjemmel i pbrl. kap. 4A er ikke uttømmende regulert i loven, og jeg er enig med Helsedirektoratet i at en rekke ulike tiltak kan være aktuelle. Selv om mange tiltak kan gjennomføres med hjemmel i pbrl. kap. 4A, må det imidlertid fortsatt være slik at dersom den aktuelle helsehjelpen innebærer undersøkelse og/eller behandling av psykisk lidelse, må denne ha hjemmel i psykisk helsevernloven, jf. pbrl. § 4A-2 andre ledd.

Som jeg også har vært inne på tidligere, er avgrensningen mot undersøkelse og behandling av psykiske lidelser i pbrl. § 4A-2 andre ledd, gjort av rettssikkerhetshensyn. Det fremgår av

---

<sup>125</sup> Helsedirektoratet (2009)

lovens forarbeider at denne avgrensningen er gjort særlig på grunn av faren for at psykisk helsevernlovens regler vil bli omgått.<sup>126</sup> Så lenge det dreier seg om undersøkelse av somatiske lidelser, som er avgrenset til et kort tidsrom og kortvarig behandling med psykofarmaka, vil imidlertid denne omgåelsesrisikoen være relativt liten.

Også hensynet til pasientens behov for nødvendig helsehjelp tilsier at helsepersonell skal ha adgang til å behandle en psykisk lidelse hvis pasientens somatiske helsetilstand er avhengig av omgående undersøkelser. I denne sammenheng vil imidlertid undersøkelser også kunne gjennomføres med hjemmel i helsepersonelloven § 7, dersom dette er ”påtrengende nødvendig”.

Etter dette må det kunne konkluderes med at det må være adgang til å behandle en pasients psykiske lidelser med hjemmel i pbrl. kap. 4A, dersom dette er nødvendig for å få undersøkt en somatisk lidelse. Dette på grunn av pasientens behov for nødvendig helsehjelp. Videre vil en slik adgang ikke gå utover pasientenes rettssikkerhet, da omgåelsesrisikoen er relativt liten så lenge vi kun har fokus på undersøkelsessituasjoner.

Når det gjelder *behandling* av somatiske lidelser uttaler Helsedirektoratet kun det åpenbare, nemlig at å fortsette bruk av psykofarmaka etter at undersøkelsen er gjennomført, og uten pasientens samtykke, for å behandle pasientens psykose, vil være i strid med pbrl. § 4A-2 andre ledd. Bruk av psykofarmaka med det formål å behandle en pasients psykose, vil utvilsomt være behandling av ”psykisk lidelse” og dermed utenfor pbrl. kap. 4As virkeområde.

Problemstillingen Helsedirektoratet burde tatt stilling til er om pbrl. kap. 4A gir hjemmel for bruk av psykofarmaka, dersom behandling av pasientens somatiske lidelse avhenger av at vedkommende pasients psykiske lidelse også blir behandlet. Vi kan tenke oss at den nevnte pasienten får påvist diabetes, og at vedkommende daglig trenger injeksjoner med insulin. Pasienten motsetter seg insulininjeksjoner på samme måte som han/hun motsatte seg blodprøvetaking i forbindelse med undersøkelsen av diabetessymptomene. For å få gitt pasienten nødvendige doser insulin, vurderer helsepersonell at den mest skånsomme og effektive metoden er å gi vedkommende medikamenter klassifisert som psykofarmaka, slik at de psykiske symptomene dempes.

Når det gjelder behandling av somatiske lidelser, er imidlertid faren for omgåelse av psykisk helsevernlovens bestemmelser mye større enn den er ved undersøkelse av slike lidelser, etter som en behandling normalt vil foregå over et lengre tidsrom enn en undersøkelse. Dersom det

---

<sup>126</sup> Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) s. 31

åpnes for at det kan treffes vedtak om behandling av psykisk lidelse, det vil si bruk av psyko-farmaka i praksis, for å få behandlet en somatisk lidelse etter pbrl. kap. 4A, vil dette kunne gå utover pasientenes rettssikkerhet. Vi kan tenke oss at helsepersonell da, i større grad, vil slutte å se etter alternative løsninger for å få gjennomført somatisk behandling, ettersom det vil være veldig enkelt å roe ned utfordrende atferd ved å skjule psykofarmaka i mat/drikke. Videre oppstår det også spørsmål om hvor vi skal trekke grensen. Skal det, for eksempel, være adgang til å gi psykofarmaka til inkontinente pasienter slik at det kan gjennomføres nødvendig stell og vask uten motstand?

Det å åpne for at pbrl. kap. 4A kan gi hjemmel for behandling av psykiske lidelser dersom formålet med denne er å få behandlet en somatisk lidelse, synes etter dette ikke å kunne forenes med hovedformålet med regelverket: Å bedre og sikre rettssikkerheten til pasienter uten samtykkekompetanse.<sup>127</sup> Det må dermed konkluderes med at det ikke vil være adgang til å behandle en pasients psykiske lidelser med hjemmel i pbrl. kap. 4A, med det formål å få behandlet en somatisk lidelse.

### 3.3.3 Forholdet til psykisk helsevernloven

Som min fremstilling har vist, vil psykiske symptomer ved demens måtte regnes som ”psykisk lidelse” etter pbrl. § 4A-2 andre ledd. Tvungen undersøkelse og/eller behandling av slike symptomer må dermed skje med hjemmel i psykisk helsevernloven.

Psykisk helsevernloven skiller mellom frivillig psykisk helsevern og tvungent psykisk helsevern. En forutsetning for å kunne bli underlagt frivillig psykisk helsevern er at pasienten samtykker til dette, jf. phl. § 2-2 første ledd, jf. § 2-1. Pasienter som mangler samtykkekompetanse vil derfor bare kunne bli undersøkt og behandlet under tvungent psykisk helsevern.

Phl. § 2-2 tredje ledd synes imidlertid å åpne for at ”den faglig ansvarlige” kan samtykke på vegne av pasienten, og at dermed også pasienter som mangler samtykkekompetanse, på grunn av senil demens, kan underlegges frivillig psykisk helsevern på bakgrunn av et representert samtykke. Bestemmelsen oppstiller imidlertid kun prosessuelle krav, og det er dermed uklart om det gis materiell hjemmel for et representert samtykke.<sup>128</sup> At bestemmelsen faktisk gir slik materiell hjemmel, er imidlertid forutsatt i lovens forarbeider.<sup>129</sup> En slik adgang harmonerer imidlertid dårlig med pbrl. § 4-6, hvor det ved lovrevisjon i 2006 ble klargjort at bestemmel-

---

<sup>127</sup> Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) s. 5, og Innst.O. nr. 11 (2006-2007) kap. 3.2

<sup>128</sup> Østenstad (2011) s. 500

<sup>129</sup> Ot.prp. nr. 65 (2005-2006) s. 86

sen ikke lenger regulerer et representert samtykke.<sup>130</sup> Ifølge Østenstad blir utgangen på dette at inngrep etter phlv. § 2-2 bare ”svært sjelden” kan baseres på representert samtykke overfor pasienter med senil demens.<sup>131</sup> Den klare hovedregel må dermed fortsatt være at pasienter som mangler samtykkekompetanse på grunn av senil demens, kun kan undersøkes og behandles under tvungent psykisk helsevern.

Grunnvilkåret for å gi tvungen helsehjelp etter psykisk helsevernloven er at pasienten lider av en ”alvorlig sinnslidelse”, jf. lovens § 3-3 første ledd nr. 3. Av lovens forarbeider fremgår det at en ”alvorlig sinnslidelse” ikke krever at det er stilt en ”klar psykiatrisk diagnose”, men at begrepet har nær tilknytning til ”psykosene”. Det fremheves imidlertid at det rettslige begrepet ”alvorlig sinnslidelse” ikke er avgrenset til bare å omfatte tilstander av psykose. Hvilke andre tilstander som skal omfattes av begrepet må bero på en helhetsvurdering, hvor ikke bare selve sykdomstilstanden, men også de utslagene den gir seg, må tillegges stor vekt. Det fremheves videre at det kan være hjemmel for å anvende tvungent psykisk helsevern til personer med ”store karakteravvik, hvor lidelsen medfører tap av mestrings- og realitetsvurderingsevnen”.<sup>132</sup>

At det ikke bare er psykosetilstander som omfattes av begrepet ”alvorlig sinnslidelse”, støttes også av uttalelser fra Høyesterett som fremhever at det må ”være klart at uttrykket [”alvorlig sinnslidelse”] ikke er strengt begrenset til tilstander som kan diagnostiseres som psykoser”. Likevel må det være ”slik at det bare er i særlige grensetilfelle det kan komme på tale med tvangsomsorg overfor den som har en psykisk lidelse uten å være psykotisk”.<sup>133</sup>

Problemstillingen som da oppstår er om psykiske symptomer ved demens, i det hele tatt, kan oppfylle kravet om ”alvorlig sinnslidelse” i phlv. § 3-3 første ledd nr. 3.

Som fremhevet i den juridiske teorien, er forarbeidene til psykisk helsevernloven ikke entydige når det gjelder denne problemstillingen.<sup>134</sup> På den ene siden fremgår det her at både psykisk utviklingshemning og senil demens ”i utgangspunktet ikke vil tilfredsstille grunnvilkåret for tvungent psykisk helsevern (...)”.<sup>135</sup> Mens det på den annen side fremheves at senil demens kan tenkes å måtte regnes som en ”organisk” psykose.<sup>136</sup>

---

<sup>130</sup> Syse (2013) s. 334

<sup>131</sup> Østenstad (2011) s. 502

<sup>132</sup> Ot.prp. nr. 11 (1998-1999) kap. IV nr. 14

<sup>133</sup> Rt. 1987 s. 1495 på s. 1502

<sup>134</sup> Østenstad (2011) s. 497

<sup>135</sup> Ot.prp. nr. 65 (2005-2006) s. 35

<sup>136</sup> Ot.prp. nr. 11 (1998-1999) s. 77

Poenget i denne sammenheng er ikke å trekke en endelig konklusjon, men kun å fremheve at det er høyst usikkert om psykiske symptomer ved demens kan regnes som en ”alvorlig sinnslidelse” etter phlv. § 3-3 første ledd nr. 3. Det forhold at det avgjørende for om tvungen psykisk helsehjelp kan gis, ifølge forarbeidene, er om den psykiske lidelsen gir ”store karakteravvik”, synes ikke å utelukke at psykiske demenssymptomer kan oppfylle kravet om ”alvorlig sinnslidelse”. Det avgjørende må være hvor alvorlige den aktuelle pasientens symptomer er.

Selv om det ikke kan utelukkes at ulike psykiske symptomer ved demens, etter en konkret vurdering, må regnes som en ”alvorlig sinnslidelse”, må det i alle fall kunne konkluderes med at en rekke slike symptomer ikke er alvorlige nok til å oppfylle psykisk helsevernlovens krav. I slike tilfeller har helsepersonell ingen hjemmel for verken undersøkelse eller behandling av pasientens psykiske problemer, og står dermed overfor valget mellom omsorgssvikt eller bruk av uhjemlet tvang i strid med legalitetsprinsippet og våre folkerettslige forpliktelser.

I pasient- og brukerrettighetslovens forarbeider er det uttrykkelig fremhevet at det er ”uheldig dersom avgrensingane i regelverket skaper nye lovtomme rom som gjer at ein ikkje kan gi helsehjelp ved lidingar av visse typar”. Videre fremheves det her at pbrl. § 4-3 femte ledd innebærer at et slikt ”lovtomt rom” ikke vil oppstå, ettersom denne bestemmelsen fanger opp tilfeller av psykisk helsehjelp som faller utenfor kapittel 4As virkeområde.<sup>137</sup>

Av § 4-3 femte ledd fremgår det imidlertid uttrykkelig at undersøkelse og behandling av psykiske lidelser bare kan skje med hjemmel i psykisk helsevernloven kapittel 3, i tilfeller hvor pasienten motsetter seg denne helsehjelpen. I tilfeller hvor pasienten motsetter seg undersøkelse og/eller behandling av psykisk lidelse som ikke oppfyller kravet til ”alvorlig sinnslidelse”, vil det dermed oppstå et ”lovtomt rom”.

---

<sup>137</sup> Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) s. 31



## 4      **Når det subjektive motstandskravet og avgrensningen mot ”psykisk lidelse” møtes**

Som jeg konkluderte med i punkt 3.3.1, kan det ikke utelukkes at det, i enkelte tilfeller, kan treffes vedtak om bruk av antipsykotika etter pbrl. kap. 4A. Ofte vil nok imidlertid det subjektive motstandskravet innebære at slik medisinerer er utelukket, fordi det må antas at en rekke pasienter med senil demens, og som mangler samtykkekompetanse, ikke forstår hvilke negative konsekvenser slik medisinerer kan innebære, og derfor ikke ”motsetter seg” denne.

Problemstillingen som da reiser seg, er om slik medisinerer kan skje med hjemmel i pbrl. kap. 4.

Dersom antipsykotika gis som behandling av psykisk lidelse, setter pbrl. § 4-3 femte ledd enkelte begrensninger.<sup>138</sup> Det fremgår her at undersøkelse og behandling av psykiske lidelser hos personer som mangler samtykkekompetanse og som har eller antas å ha en alvorlig sinnslidelse eller motsetter seg helsehjelpen, krever hjemmel i phl. kap. 3. I tilfeller hvor pasientens psykiske lidelse ikke er alvorlig nok til å regnes som en ”alvorlig sinnslidelse”, oppstår det imidlertid spørsmål om undersøkelse og behandling av denne kan skje med hjemmel i pbrl. § 4-6.

Utgangspunkt og hovedregel er at ”helsehjelp” kan gis med hjemmel i pbrl. § 4-6. Begrepet ”helsehjelp” er, som også nevnt tidligere, definert som ”handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell” i pbrl. § 1-3 bokstav c. Ut ifra denne definisjonen må det være klart at det, i pasient- og brukerrettighetsloven, legges til grunn en meget vid forståelse av begrepet ”helsehjelp”, hvor meningen er at loven skal gjelde for alle tjenester som har et ”medisinsk element”.<sup>139</sup> Etter dette må det også være klart at både somatisk og psykisk helsehjelp omfattes av begrepet, og at undersøkelse og behandling av psykiske lidelser, som ikke kan regnes som en ”alvorlig sinnslidelse”, dermed kan skje med hjemmel i pbrl. § 4-6.

Det å åpne for at psykisk helsehjelp kan gis med hjemmel i pbrl. § 4-6, basert på et presumert samtykke, innebærer at lovgiver har lagt opp til et ”tospora system” – hvor både psykisk helsevernloven og pasient- og brukerrettighetsloven, kan gi hjemmel for å gi psykisk helsehjelp. Som nevnt i punkt 3.1, var det nettopp frykten for et slikt ”tospora system”, med påfølgende fare for omgåelse av psykisk helsevernlovens regler, som er årsaken til avgrensningen mot

---

<sup>138</sup> Pbrl. § 4-3 femte ledd er en forholdsvis ny bestemmelse som trådte i kraft 1. januar 2007

<sup>139</sup> Syse (2013) s. 133

undersøkelse og behandling av ”psykisk lidelse” i pbrl. kap. 4A. Når pasienten ikke motsetter seg psykisk helsehjelp vil tvangselementet ved gjennomføringen av helsehjelpen ikke være like fremtredende, som tilsier at denne kan gis med hjemmel i pbrl. § 4-6.<sup>140</sup> Overfor pasienter hvis psykiske symptomer ikke tilfredsstiller kravet til ”alvorlig sinnslidelse”, og som heller ikke motsetter seg den aktuelle helsehjelpen, må det derfor være adgang til å gi psykisk helsehjelp med hjemmel i pbrl. § 4-6.<sup>141</sup>

Det kan imidlertid reises spørsmål om enkelte typer tiltak er så alvorlige at de likevel ikke kan iverksettes på bakgrunn av et presumert samtykke. Jeg tenker da nettopp på medikamentell behandling med antipsykotika.

I lovens forarbeider er det uttrykkelig fremhevet at bruk av medikamenter som kan gi alvorlige bivirkninger, kun kan skje med hjemmel i pbrl. § 4-6 andre ledd.<sup>142</sup> Dette innebærer at slik helsehjelp bare kan gis når dette ”anses å være i pasientens interesse, og det er sannsynlig at pasienten ville ha gitt tillatelse til slik hjelp”, jf. pbrl. § 4-6 andre ledd. I tilfeller hvor helsepersonell vet at pasienten ville ha gitt tillatelse til helsehjelpen, må antipsykotika kunne gis med hjemmel i pbrl. § 4-6. Overfor pasienter med senil demens, som først har fått behov for slik medikamentell behandling etter at de mistet sin samtykkekompetanse, vil det imidlertid ofte ikke kunne legges til grunn at vedkommende ville ha gitt tillatelse til helsehjelpen.

Som jeg var inne på i punkt 2.3.1.1, innebærer EMK art. 8 nr. 2 at vi overfor pasienter som mangler samtykkekompetanse, i tilfeller hvor den aktuelle helsehjelpen, etter en objektiv vurdering, må anses særlig inngripende for pasienten, må legges til grunn at pasienten motsetter seg denne basert på en forventning om motstand. For den nærmere grensedragningen vil det være naturlig å ta utgangspunkt i om de tiltak som iverksettes krenker selvbestemmelsesretten på en slik måte at de kan sammenliknes med tvangsutøvelse.<sup>143</sup>

På grunn av faren for alvorlige bivirkninger, og det faktum at pasienter med senil demens er særlig sårbare i denne sammenheng, må det å gi antipsykotika til pasienter som åpenbart ikke er i stand til å forstå hvilke negative konsekvenser disse kan ha, krenke den enkeltes selvbestemmelsesrett på en slik måte at den kan sammenliknes med tvangsutøvelse. I tillegg til bivirkningsfaren, viser en nyere seksårlig norsk studie at dødeligheten hos demente doubles ved bruk av antipsykotika sammenliknet med andre psykotrope legemidler.<sup>144</sup>

---

<sup>140</sup> Ot.prp. nr. 65 (2005-2006) kap. 6.3.3.4

<sup>141</sup> Ot.prp. nr. 65 (2005-2006) kap. 6.3.3.4

<sup>142</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) kap. IV, punkt 12

<sup>143</sup> Østenstad (2011) s. 241

<sup>144</sup> Langballe (2013)

Det må dermed konkluderes med at det å gi antipsykotika til pasienter med senil demens, som mangler samtykkekompetanse, ikke kan baseres på et presumert samtykke i andre tilfeller enn hvor helsepersonell vet at vedkommende pasient ville ha gitt tillatelse til slik behandling. Dette innebærer at det som hovedregel ikke kan gis antipsykotika med hjemmel i pbrl. § 4-6, ettersom det må forventes at pasienten ”motsetter seg dette”, jf. bestemmelsens siste ledd. Eventuell hjemmel for slik behandling må da finnes i pbrl. kap 4A eller psykisk helsevernloven. Selv om pbrl. kap. 4A ikke gir hjemmel for undersøkelse og behandling av ”psykisk lidelse”, kan det unntaksvis fattes vedtak om bruk av antipsykotika for å behandle enkelte atferdsmessige symptomer eller for å få undersøkt en somatisk lidelse.<sup>145</sup>

---

<sup>145</sup> Jf. punkt 3.3.1 og 3.3.2. Dette forutsetter selvsagt at de øvrige vilkårene i pbrl. kap. 4A er oppfylt.

## 5 Oppsummering og rettspolitiske vurderinger

### 5.1 Det subjektive motstandskravet

Det å anvende et subjektivt motstandskrav overfor pasienter som mangler samtykkekompetanse er, som denne avhandlingen har vist, problematisk i praksis. Det må antas at mange av de som virker likegyldige, eller til og med samtykker til helsehjelp, ville ha vært langt mer skeptiske dersom de hadde hatt forutsetninger til å forstå konsekvensene av denne. Et praktisk eksempel er i tilfeller hvor det gis medikamenter med fare for alvorlige bivirkninger. Det må også antas at mange av de som faktisk motsetter seg helsehjelp, ikke ville ha gjort dette dersom de hadde vært samtykkekompetente. Her kan vi, blant annet, tenke oss tilfeller hvor pasienter med diabetes ikke forstår at injeksjoner med insulin er livsnødvendig. På mange måter kan det dermed hevdes at det er tilfeldig hvem som velger å motsette seg helsehjelp.

I visse tilfeller må det riktignok legges til grunn at pasienten motsetter seg helsehjelpen basert på en forventning om motstand, men terskelen for å likestille forventet og uttrykt motstand ligger som hovedregel høyt. Videre er det uklart, og uenighet om, i hvilke tilfeller forventet og uttrykt motstand kan likestilles utover de tilfeller som omfattes av ordlyden i pbrl. § 4A-3 andre ledd. Også EMK art. 8 nr. 2 innebærer at helsehjelp som, etter en objektiv vurdering, krenker selvbestemmelsesretten på en slik måte at de kan sammenliknes med tvangsutøvelse, krever hjemmel i pbrl. kap. 4A. Hvilke tilfeller som må regnes som et ”inngrep” etter EMK art. 8 nr. 2, beror imidlertid på svært skjønsmessige vurderinger, og det er dermed uklart hvor langt konvensjonsvernet strekker seg.

Det kan også hevdes at EMD, ved avgjørelsen av om konvensjonsstatene overholder EMKs krav, ofte legger en forholdsvis høy terskel til grunn. Det er vanlig å si at EMD, gjennom sin praksis, har gitt konvensjonsstatene en skjønnsmargin (”a margin of appreciation”) ved anvendelsen av konvensjonens rettigheter. Dette innebærer at domstolens prøvingsintensitet vil variere etter, blant annet, inngrepets styrke, inngrepssituasjonen, herunder om inngrepet bygger på vanskelige avveininger som forutsetter nærhet til de aktuelle begivenhetene, og formålet med inngrepet.<sup>146</sup> EMDs praksis viser imidlertid at det særlig er ved anvendelsen av økonomiske rettigheter, nasjonale myndigheter er gitt en vid skjønnsmargin. For eksempel fremhever domstolen uttrykkelig at prøvingsintensiteten er større ved ytringsfrihet enn ved eienomsrett i *Handyside v. The United Kingdom*. Ifølge Aall angår også konvensjonens art. 8 rettigheter som, etter sin karakter, tilsier en ”inngående prøving”.<sup>147</sup>

---

<sup>146</sup> Aall (2011) kap. 8.3.3

<sup>147</sup> Aall (2011) s. 100

Hvis vi ser på helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9, som gjelder bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning, jf. lovens § 9-2 første ledd, kommer kapitlet til anvendelse når det iverksettes tiltak som brukeren eller pasienten ”motsetter seg”, eller når det iverksettes tiltak som er ”så inngripende at de uansett motstand må regnes som bruk av tvang eller makt”, jf. § 9-2 andre ledd. Det fremgår av lovens forarbeider at bestemmelsen er en videreføring av den tilsvarende bestemmelsen i den tidligere sosialtjenesteloven.<sup>148</sup> I forarbeidene til sosialtjenesteloven, Ot.prp. nr. 58 (1994-1995), fremgår det at bakgrunnen for at helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 opererer med et objektivt motstandskrav overfor inngripende tiltak, er at det kan være vanskelig å avgjøre om ulik atferd skal regnes som motstand eller ikke.<sup>149</sup> Og som fremhevet av Østenstad, forutsetter motstand et negativt standpunkt, og dermed også en noenlunde bevisst tanke.<sup>150</sup>

Etter min mening må det være klart at det å operere med et subjektivt motstandskrav vil være like problematisk overfor alle personer/pasienter som mangler samtykkekompetanse. Årsaken til at vedkommende åpenbart ikke forstår hva et samtykke innebærer, endrer ikke dette. Pbtl. § 4A-2 første ledd burde derfor ha vært tilføyd en liknende passus som helse- og omsorgstjenesteloven § 9-2 andre ledd, som innebærer at regelverket kommer til anvendelse når det iverksettes helsehjelp som innebærer bruk av ”inngripende tiltak” uavhengig av om pasienten motsetter seg disse.<sup>151</sup> Dette ville ha gitt en avklaring i rettstilstanden og økt rettssikkerheten til pasienter uten samtykkekompetanse generelt, og til pasienter med senil demens spesielt.

Det å innføre et objektivt motstandskrav vil imidlertid øke den administrative arbeidsmengden ved norske helseinstitusjoner. I den tidligere nevnte undersøkelsen, hvor 65 sykehjemsansatte ble intervjuet i fokusgrupper, ble mangel på tid oppgitt som en av de viktigste årsakene til at det blir fattet få vedtak etter pbtl. kap. 4A.<sup>152</sup> Det kan derfor stilles spørsmål ved om en slik lovendring ville ha bidratt til å øke pasientenes rettssikkerheten i praksis. Tvert imot kan det hevdes at økte administrative arbeidsoppgaver ved landets helseinstitusjoner kan redusere pasientenes rettssikkerhet. Bakgrunnen er at det da blir enda mindre tid til å tilrettelegge helsehjelp og behandling ut ifra den enkeltes behov, som igjen kan føre til økt tvangsbruk ved at det ikke er kapasitet til å forsøke å finne årsakene til pasientenes manglende samarbeidsvilje.

---

<sup>148</sup> Ot.prp. nr. 55 (2002-2003) s. 34

<sup>149</sup> Østenstad (2011) s. 258

<sup>150</sup> Østenstad (2011) s. 258

<sup>151</sup> Samtidig burde lovgiver ha presisert hva som skal regnes som ”inngripende tiltak”, og hvilke momenter som skal være sentrale ved vurderingen i grensetilfeller.

<sup>152</sup> Pedersen (2013)

Det kan derfor argumenteres for at politiske endringer og statlige bevilgninger er en forutsetning for at en eventuell lovendring skal kunne skje. På den annen side vil en lovendring gi ytterligere påskudd til nettopp slike endringer og bevilgninger. Større fokus på opplæring og veiledning i forbindelse med bruk av tvang og vedtaksfetting etter pbrl. kap. 4A, vil også kunne bidra til å lette arbeidsmengdene ved norske helseinstitusjoner.

## **5.2 Undersøkelse og behandling av psykiske lidelser**

Avgrensningen mot undersøkelse og behandling av ”psykisk lidelse” i pbrl. § 4A-2 andre ledd, er hovedsakelig gjort på grunn av risikoen for omgåelse av psykisk helsevernlovens regler. Et ”tospora system” ville, etter lovgivers oppfatning, ha gått ut over rettssikkerheten til pasienter som mangler samtykkekompetanse.<sup>153</sup> Det har imidlertid, i større utstrekning, blitt åpnet for at psykisk helsehjelp kan gis med hjemmel i pbrl. kap. 4. Dette synes å være begrunnet i at når pasienten ikke motsetter seg helsehjelpen, vil ikke tvangselementet ved gjennomføringen av denne være like fremtredende, som tilsier at denne kan gis med hjemmel i pbrl. § 4-6.<sup>154</sup>

Som fremhevet ovenfor vil det imidlertid ofte være slik at, så lenge vi har fokus på pasienter som mangler samtykkekompetanse, være tilfeldig hvem som velger å motsette seg helsehjelp, og dermed tilfeldig når det er nødvendig med tvangstiltak. Vi kan, for eksempel, tenke oss to pasienter med senil demens som gis antipsykotika mot uro og aggressivitet. Begge pasienter mangler samtykkekompetanse i forhold til medisinerings av sin tilstand, og forstår dermed åpenbart ikke hvilke negative konsekvenser bruk av antipsykotika kan ha. Den eneste forskjellen mellom pasientene er at den ene pasienten sier ”nei” og spytter ut medikamentene når disse gis, mens den andre tar disse uten spørsmål. Resultatet er da at den første pasienten gis antipsykotika skjult i mat, mens den andre tar disse på ”vanlig” måte. Dette innebærer at antipsykotika kan gis med hjemmel i pbrl. § 4-6 for pasienten som ikke stiller noen spørsmål, mens eventuell hjemmel for pasienten som viser motstand må finnes i pbrl. kap. 4A eller psykisk helsevernloven.<sup>155</sup> Men, er det egentlig noen stor faktisk og praktisk forskjell mellom disse pasientene? Jeg mener ikke det, og det synes derfor rart at lovgiver, gjennom vedtakelsen av pbrl. § 4-3 femte ledd, har valgt en løsning som innebærer at mye psykisk helsehjelp fortsatt kan gis med hjemmel i pbrl. kap. 4, ettersom det her oppstilles færre rettssikkerhetsgarantier enn i pbrl. kap. 4A og psykisk helsevernloven. Og, som nevnt i punkt 3.3, er det min

---

<sup>153</sup> Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) s. 31

<sup>154</sup> Ot.prp. nr. 65 (2005-2006) kap. 6.3.3.4

<sup>155</sup> At helsehjelpen kan gis med hjemmel i pbrl. § 4-6, forutsetter selvsagt at pasientens symptomer ikke utgjør en ”alvorlig sinnslidelse”, jf. pbrl. § 4-3 femte ledd.

erfaring at demenspasienter i dag, i relativt stor utstrekning, gis antipsykotika med hjemmel i pbrl. § 4-6.

Det å operere med et objektivt motstandskrav, tilsvarende det i helse- og omsorgstjenesteloven § 9-2 andre ledd, i pbrl. kap. 4A vil også være fordelaktig i denne sammenheng, fordi en del psykisk helsehjelp vil måtte regnes som et ”inngripende tiltak”, og dermed bare kunne gis med hjemmel i pbrl. kap. 4A ved siden av psykisk helsevernloven. I alle fall må dette gjelde bruk av antipsykotika. Som nevnt ovenfor vil dette innebære at pasientenes rettssikkerhet økes, ettersom det i pbrl. kap. 4A oppstilles mer omfattende rettssikkerhetsgarantier enn i pbrl. kap. 4.

Dersom all bruk av antipsykotika ”sluses inn” i pbrl. kap. 4A vil imidlertid pbrl. § 4A-2 andre ledd sette en stopper for mesteparten av denne helsehjelpen, ettersom den ofte må regnes som behandling av ”psykisk lidelse”. I pbrl. kap. 4A støter vi også på det problem at en rekke psykiske lidelser ikke oppfyller kravet til ”alvorlig sinnslidelse” i phlvt. § 3-3 første ledd nr. 3, og at det dermed oppstår et ”lovtomt rom”, som gjør at helsepersonell står overfor valget mellom omsorgssvikt eller uhjemlet bruk av tvang. Det er derfor også nødvendig med en endring av pbrl. § 4A-2 andre ledd. Etter min mening bør det her fremgå at ”undersøkelse og behandling av psykiske lidelser hos personer som mangler samtykkekompetanse etter lovens § 4-3 andre ledd og som har eller antas å ha en alvorlig sinnslidelse, kan bare skje med hjemmel i psykisk helsevernloven”. På denne måten faller avgrensningen i pbrl. kap. 4A sammen med ”inngangsporten” i psykisk helsevernloven, jf. phlvt. § 3-3 første ledd nr. 3.

Også en slik lovendring vil imidlertid øke den administrative arbeidsmengden ved norske helseinstitusjoner, ved at det må fattes flere vedtak etter pbrl. kap. 4A.<sup>156</sup> Det kan også settes spørsmålstegn ved den faglige kompetansen helsepersonell ved ulike institusjoner har for å undersøke og behandle psykiske lidelser. Undersøkelse og behandling av alvorlige psykiske lidelser vil imidlertid fortsatt bare kunne skje med hjemmel i psykisk helsevernloven. Endringen vil i praksis kun medføre at mye av den psykiske helsehjelpen som skjer ved landets ulike helseinstitusjoner ikke lenger kan skje med hjemmel i pbrl. kap. 4, men må gis innenfor de rammer som følger av pbrl. kap. 4A.

Sentralt i denne avhandlingen har vært problemer knyttet til bruk av antipsykotiske medikamenter i eldreomsorgen. Slike medikamenter har ofte begrenset effekt når det gjelder behandling av atferdsmessige symptomer ved demens, men mer problematisk er at de er beheftet

---

<sup>156</sup> Se punkt 5.1

med risiko for alvorlige bivirkninger som demente er særlig sårbare for, samt at dødelighetsrisikoen øker kraftig ved sammenhengende bruk.

Det er en dårlig skjult hemmelighet at eldreomsorgen i Norge står overfor en rekke utfordringer. Det dukker stadig opp saker i massemediene som avdekker omsorgssvikt på norske sykehjem. Som nevnt er mangel på tid en av de viktigste årsakene til at det blir fattet få vedtak etter pbrl. kap. 4A.<sup>157</sup> Det er da lett å tenke seg at medikamentell behandling får preg av sosial disiplinering, i stedet for tilrettelagt behandling ut ifra den aktuelle pasientens individuelle behov, fordi det ikke er kapasitet til å ta seg tid til den enkelte.

Uavhengig av hvilke endringer som bør gjøres i regelverket, bør derfor bruken av enkelte typer medikamenter nærmere reguleres, gjerne i forskrifts form.<sup>158</sup> I USA er dette gjort gjennom den føderale Omnibus Budget Reconciliation Act av 1987 (OBRA87). Her stilles det krav til driften av sykehjem, herunder bruken av psykofarmaka. Med hjemmel i OBRA87 er det også utarbeidet offisielle retningslinjer for bruk av antipsykotika, hvor slike medikamenter er forbeholdt behandling av pasienter med en psykiatrisk diagnose, men hvor det også åpnes for å gi symptomatisk behandling av blant annet demente. Videre er det avgrenset eksplisitt mot at antipsykotika kan anvendes i forbindelse med blant annet vandring og manglende samarbeidsvilje.<sup>159</sup> Selv om en slik detaljregulering er uvanlig i Norge, ville det utvilsomt ha bedret rettssikkerheten til pasienter med senil demens.

---

<sup>157</sup> Pedersen (2013)

<sup>158</sup> Østenstad (2011) kap. 4.5.3.2.2.2.3

<sup>159</sup> Østenstad (2011) s. 518-519



## **6 Litteraturliste**

### **6.1 Lovgivning**

#### **6.1.1 Norske lover**

1814	Kongeriget Norges Grundlov (Grunnloven)	av 17. mai 1814
1902	Almindelig borgerlig straffelov (straffeloven)	av 22. mai 1902 nr. 10
1999	Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven)	av 2. juli 1999 nr. 62
1999	Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)	av 2. juli 1999 nr. 63
1999	Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)	av 2. juli 1999 nr. 64
2011	Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)	av 24. juni 2011 nr. 30

#### **6.1.2 Utenlandske lover**

OBRA87      Omnibus Budget Reconciliation Act of 1987 [USA]

#### **6.1.3 Traktater**

EMK            Den europeiske menneskerettskonvensjon, Roma 1950

## 6.2 Offentlige dokumenter

Helsedirektoratet	<i>Rundskriv IS-10/2008 – Lov om pasientrettigheter kapittel 4 A – Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen (2008)</i>	
Helsedirektoratet	<i>Rundskriv IS-12/2004 - Lov om pasientrettigheter (2004)</i>	
Helsedirektoratet	<i>IS-2164 – ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer 2014 (2014)</i>	
Helsedirektoratet	<i>Fortolkning – Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A – Grensen mot lov om psykisk helsevern (2014)</i>	<a href="http://helsedirektoratet.no/lover-regler/pasient-og-brukerrettighetsloven-kapittel-4a/Sider/default.aspx">http://helsedirektoratet.no/lover-regler/pasient-og-brukerrettighetsloven-kapittel-4a/Sider/default.aspx</a> [sitert 08.10.2014]
Helsedirektoratet	<i>Ad forespørsel om fortolkning av pasientrettighetsloven kapittel 4 A - psykisk pasient med somatisk lidelse (2009)</i>	<a href="http://helsedirektoratet.no/lover-regler/pasient-og-brukerrettighetsloven-kapittel-4a/Sider/default.aspx">http://helsedirektoratet.no/lover-regler/pasient-og-brukerrettighetsloven-kapittel-4a/Sider/default.aspx</a> [sitert 09.10.2014]
Innst.O. nr. 11 (2006-2007)	<i>Innstilling frå helse- og omsorgskomiteen om lov om endringar i pasientrettslova og biobanklova (helsehjelp og forskning – personar utan samtykkekompetanse)</i>	
Ot.prp. nr. 11 (1998-1999)	<i>Om lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykatriloven)</i>	

Ot.prp. nr. 12 (1998-1999)	<i>Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)</i>	
Ot.prp. nr. 55 (2002-2003)	<i>Om lov om endringer i lov om sosiale tjenester m.v. og lov om helsetjenesten i kommunene (rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming)</i>	
Ot.prp. nr. 58 (1994-1995)	<i>Bruk av tvang og makt m.v. overfor personer med psykisk utviklingshemming</i>	
Ot.prp. nr. 64 (2005-2006)	<i>Om lov om endringer i pasientrettslova og biobanklova (helsehjelp og forskning – personar utansamtykkekompetanse)</i>	
Ot.prp. nr. 65 (2005-2006)	<i>Om lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven m.v.</i>	
Statens helsetilsyn	<i>Tilsynsmelding 2009</i> (2010)	<a href="https://helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/tilsynsmelding/tilsynsmelding2009.pdf">https://helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/tilsynsmelding/tilsynsmelding2009.pdf</a> [sitert 10.11.2014]
Statens helsetilsyn	<i>Tilsynsmelding 2010</i> (2011)	<a href="https://helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/tilsynsmelding/tilsynsmelding2010.pdf">https://helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/tilsynsmelding/tilsynsmelding2010.pdf</a> [sitert 10.11.2014]
Statens helsetilsyn	<i>Tilsynsmelding 2011</i> (2012)	<a href="https://helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/tilsynsmelding/tilsynsmelding2011.pdf">https://helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/tilsynsmelding/tilsynsmelding2011.pdf</a> [sitert 10.11.2014]

Statens syn	helsetil-	<i>Tilsynsmelding 2012</i> (2013)	<a href="https://helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/tilsynsmelding/tilsynsmelding2012.pdf">https://helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/tilsynsmelding/tilsynsmelding2012.pdf</a> [sitert 10.11.2014]
Statens syn	helsetil-	<i>Tilsynsmelding 2013</i> (2014)	<a href="https://helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/tilsynsmelding/tilsynsmelding2013.pdf">https://helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/tilsynsmelding/tilsynsmelding2013.pdf</a> [sitert 10.11.2014]
Statens syn	helsetil-	<i>Fylkeslegenes tilsyn med helsetjenester til aldersdemente 2001 - oppsummeringsrapport</i> (2002)	<a href="https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/Rapporter2002/fylkeslegenes_tilsyn_helsetjenester_aldersdemente2001_oppsummeringsrapport_rapport_032002.pdf">https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/Rapporter2002/fylkeslegenes_tilsyn_helsetjenester_aldersdemente2001_oppsummeringsrapport_rapport_032002.pdf</a> [sitert 10.11.2014]
Statens syn	helsetil-	<i>Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2011 og 2012 med tvungen helsehjelp til pasienter i sykehjem – tvil om tvang</i> (2013)	<a href="https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2013/helsetilsynetrapport5_2013.pdf">https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2013/helsetilsynetrapport5_2013.pdf</a> [sitert 10.11.2014]

## **6.3      Rettspraksis**

### **6.3.1    Nasjonal rettspraksis**

Rt. 1987 s. 1495

Rt. 2010 s. 612 (”Huleboerdommen”)

### **6.3.2    Internasjonal rettspraksis**

Botta v. Italy	The European Court of Human Rights, Strasbourg, 24. februar 1998
H.M. v. Switzerland	The European Court of Human Rights, Strasbourg, 26. februar 2002
Handyside v. The United Kingdom	The European Court of Human Rights, Strasbourg, 7. desember 1976
Malone v. The United Kingdom	The European Court of Human Rights, Strasbourg, 2. august 1984
Pretty v. The United Kingdom	The European Court of Human Rights, Strasbourg, 29. april 2002
Storck v. Germany	The European Court of Human Rights, Strasbourg, 16. juni 2005

## 6.4 Litteratur og øvrige kilder

- Andersen, Njål Wang og Karl O. Wallevik      *"Huleboerdommen" (Rt. 2010 s. 612) – riktig diagnose, feil medisin? I: Lov og rett (2011) s. 283 flg.*      (Sitert fra Idunn.no)
- Boe, Erik Magnus      *Rettskildelære under debatt*      1. utg. Oslo, 2012
- Brodaty... [et al.]      *A randomized placebo-controlled trial of risperidone for the treatment of aggression, agitation, and psychosis of dementia (2003)*      <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12633121>  
[sitert 17.10.2014]
- Den norske legeforening      *Høring. Lov om rettigheter for og begrensning og kontroll med bruk av tvang m.v. overfor personer med demens (2002)*      <http://legeforeningen.no/Legeforeninger/Horingsuttalelser/2002/horing-lov-om-rettigheter-for-og-begrensning-og-kontroll-med-bruk-av-tvang-mv-overfor-personer-med-demens/>  
[sitert 15.11.2014]
- Eckhoff, Torstein      *Rettskildelære*      5. utg. ved Jan E. Helgesen. Oslo, 2001
- Eckhoff, Torstein      *Forvaltningsrett*      9. utg. ved Eivind Smith. Oslo, 2010
- Engedal, Knut      *Urunde hjul – Alderspsykiatri i praksis*      1. utg. Oslo, 2000
- Engedal, Knut og Per Kristian Haugen      *Lærebok demens – Fakta og utfordringer*      5. utg. Tønsberg, 2009
- Felleskatalogen      *Vaskulær demens*      <http://www.felleskatalogen.no/medisin/sykdom/vaskuler-demens>

		[sitert 01.10.2014]
Felleskatalogen	<i>Risperdal Janssen</i> (2014)	<a href="http://www.felleskatalogen.no/medisin/pasienter/pil-risperdal-janssen-568473">http://www.felleskatalogen.no/medisin/pasienter/pil-risperdal-janssen-568473</a> [sitert 18.10.2014]
Henningstad, Siv og Halldor Hustadnes	<i>Demens – Den nye folkesykdommen</i>	1. utg. Oslo, 2013
Kjønstad, Asbjørn og Aslak Syse	<i>Velferdsrett I - grunnleggende rettigheter, rettssikkerhet og tvang</i>	5. utg. Oslo, 2012
Langballe... [et al.]	<i>Short- and long-term mortality risk associated with the use of antipsychotics among 26,940 dementia outpatients: a population-based study</i> (2013)	<a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24016844">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24016844</a> [sitert 13.11.2014]
Malt, Ulrik Fredrik... [et al.]	<i>Lærebok i psykiatri</i>	3. utg. Oslo, 2012
Pedersen... [et al.]	<i>Bruk av tvang i sykehjem etter ny lovgivning. I: Tidsskrift for Den Norske legeforening</i> (2013)	<a href="http://tidsskriftet.no/article/3067360/">http://tidsskriftet.no/article/3067360/</a> [sitert 13.11.2014]
Ruths og Straand	<i>Antipsykotiske midler mot uro ved demens – medisinsk behandling eller kjemisk atferdsregulering? I: Tidsskrift for Den norske legeforening</i> (2005)	<a href="http://tidsskriftet.no/article/1210627">http://tidsskriftet.no/article/1210627</a> [sitert 21.10.2014]
Schneider, Dagerman, Insel	<i>Efficacy and adverse effects of atypical antipsychotics for dementia: meta-analysis of randomized, placebo-controlled trials</i> (2006)	<a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16505124">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16505124</a> [sitert 17.10.2014]
Selbæk, Geir	<i>Atferdsforstyrrelser og psykiske</i>	<a href="http://tidsskriftet.no/article/1200402">http://tidsskriftet.no/article/1200402</a>

	<i>symptomer ved demens. I: Tidsskrift for Den norske legeforening</i> (2005)	[siteret 11.10.2014]
Selbæk, Geir og Harald A. Nygaard	<i>Antipsykotika til eldre: Farene er kjent - forskrivningspraksis fortsetter som før. I: Demens &amp; Alderspsykiatri</i> (2009)	<a href="http://www.aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?ItemID=1732">http://www.aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?ItemID=1732</a> [siteret 12.10.2014]
Sink, Holden, Jaffe	<i>Pharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms of dementia: a review of the evidence</i> (2005)	<a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15687315">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15687315</a> [siteret 17.10.2014]
Store medisinske leksikon	<i>Afasi</i> (2014)	<a href="https://sml.snl.no/afasi">https://sml.snl.no/afasi</a> [siteret 01.10.2014]
Store medisinske leksikon	<i>Somatisk</i> (2009)	<a href="https://sml.snl.no/somatisk">https://sml.snl.no/somatisk</a> [siteret 06.10.2014]
Strand... [et al.]	<i>Hvor mange har demens i Norge? I: Tidsskrift for den norske legeforening</i> (2014)	<a href="http://tidsskriftet.no/article/3134370">http://tidsskriftet.no/article/3134370</a> [siteret 25.10.2014]
Street... [et al.]	<i>Olanzapine treatment of psychotic and behavioral symptoms in patients with Alzheimer disease in nursing care facilities: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial</i> (2000)	<a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11015815">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11015815</a> [siteret 17.10.2014]
Syse, Aslak	<i>Pasientrettighetsloven med kommentarer</i>	3. utg. Oslo, 2013
Warberg, Lasse A.	<i>Norsk helserett</i>	2. utg. Oslo, 2011
Østenstad, Bjørn Henning	<i>Heimelsspørsmål i behandling og omsorg overfor psykisk utviklingshemma og aldersdemente –</i>	1. utg. Bergen, 2011



*rettslege og etiske problemstillinger ved bruk av tvang og inngrep utan samtykke*

Aall, Jørgen

*Rettsstat og menneskerettigheter*

3. utg. Bergen, 2011